Tributo a Vênus

A Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40

Sérgio Carrara

ISBN: 85.85676-28-0

Ilustração da Capa, Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Carlos Fernando Reis da Costa

Revisão:
Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Supervisão Gráfica:
Walter Duarte

Ilustração da capa inspirada na Vênus de Milo e pintura de Nilton Rechtand

Catalogação na Fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

C313p Carrara, Sérgio

Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40/ Sérgio Carrara – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
339p.

1 Especialidades médicas-Brasil. 2 Sífilis – História – Brasil. I Título.

CDD. – 20.ed. – 362.10981

1996
EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos
21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 590 3789 ramal 2009 Fax: (021) 280 8194

As Mil Máscaras da Sífilis

Do Mal Venéreo à Sífilis

Como reconhecia, em meados do século passado, o futuro professor de higiene da Faculdade de Medicina da Bahia, Claudemiro Caldas, a reflexão médica sobre a *sífilis* passava então por uma verdadeira "revolução científica" (Caldas, 1866:56). Iniciada na primeira metade do século XIX, tal "revolução" apenas se consolidaria no começo do século XX, quando se estabilizam as linhas gerais de um modelo de compreensão da doença, que se manteria praticamente inalterado até meados da década de 40. Envolvendo a própria definição da doença – seu agente causal, sua sintomatologia, os meios de transmissão, suas conseqüências orgânicas e sociais, sua evolução epidemiológica e os meios terapêuticos e profiláticos para abordá-la –, este modelo configurou o discurso e, em larga medida, justificou as ações que, em seu conjunto, formavam a *luta antivenérea*. É em seu âmbito que a *sífilis* se transformou no *problema venéreo*, ou seja, em uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública.

Aos olhos dos médicos da passagem do século XIX, o conceito de *sífilis* tinha sido até então um conjunto de sintomas a um só tempo confusos e inespecíficos, cuja etiologia estivera envolta em metafísica, precon-

ceitos e superstições.[1] O seu caráter de castigo aos *pecados da carne* a teria mantido durante séculos a meio caminho entre a fatalidade natural e o erro moral, orientando as reações sociais que, sem sucesso, já haviam tentado conjurá-la. Fez mesmo com que, dispensando-se o concurso dos médicos, fosse comum negar-se aos doentes, culpados por seu mal, qualquer tipo de auxílio ou cuidado. Ou, quando havia tratamento, que ele se constituísse de procedimentos que, por conjugarem inextricavelmente punição e remédios, pareciam agora injustos e absurdos. Na Europa, até finais do século XVIII, não nos esqueçamos, eram os hospitais gerais – espaços onde, segundo Foucault, constatava-se uma "quase identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura" (Foucault, 1978:87) –, que "abrigavam", além dos loucos, dos mendigos e dos libertinos, também os *venéreos* ou *sifilíticos*, como então se dizia, transformando-se imperceptivelmente uma situação doentia em espécie de atributo do sujeito. No Hospital Geral de Paris, para receberem um tratamento que previa sangrias, banhos, fricções mercuriais, e também confissões, purgações e jejuns, os *venéreos* somente eram aceitos, segundo decisão de 1679, "sob a condição de se sujeitarem à correção, antes de mais nada, e serem chicoteados" (Foucault, 1978:84). Com o correr do século XIX, esta posição singular da doença parece tornar-se progressivamente incompreensível do ponto de vista da lógica; e, do ponto de vista da ética, dificilmente sustentável.

Entretanto, o que para os médicos da passagem do século apresentava-se como um "caos" pré-científico pode ser melhor compreendido através de uma abordagem como a de Fleck, menos comprometida com o cientificismo da passagem do século. Segundo sua análise sócio-histórica, *sífilis* teria sido a denominação de um novo mal, que, sob forma epidêmica, irrompeu na Europa nos últimos anos do século XV. Desde então, seus limites conceituais teriam se erigido a partir de quatro princípios básicos. Quatro níveis de significação que, parece-me, deveriam ser abordados por uma análise que pretendesse compreender plenamente o que teria sido a *sífilis* até o século passado.

No momento mesmo de sua irrupção, a doença teria sido considerada pelos cânones do pensamento astrológico como conseqüência direta da conjunção (no dia 25 de novembro de 1484) de Saturno e Júpiter, na casa

[1] Dos poucos trabalhos disponíveis sobre a história da *sífilis*, dois me pareceram relevantes para reconstruir em largos traços o que ela teria sido até a chamada "revolução" do século XIX. O trabalho recente do historiador francês Claude Quétel (Quétel, 1986) tem como virtude trazer uma minuciosa descrição das diversas teorias vigentes até aquele momento. Muito mais antigo e menos abrangente, o de Ludwki Fleck (Fleck, 1986[1935]) oferece, entretanto, uma visão mais sistemática, acompanhada de uma abordagem singular, caracterizada por uma imparcialidade impressionante para quem era, ao mesmo tempo, um cientista envolvido com o tema (ele era sifilógrafo) e um pensador original, pioneiro na reflexão sociológica sobre a prática científica.

de Marte, sob o signo de Escorpião, ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais. Segundo o historiador Claude Quétel, à época, a explicação astrológica "era incontestavelmente a explicação que tinha maior número de adeptos" (Quétel, 1986:42). Para Fleck, ela teria sido fundamental para fixar o caráter *sexual* ou *venéreo* da *sífilis* como sua primeira *differentia specifica* (Fleck, 1986[1935]:47). Tal caráter teria sido reforçado ainda por explicações apoiadas em doutrinas cristãs, que concorrentemente passaram a ver na doença o castigo divino ao *pecado da carne*. Além de determinar a reprovação moral que recaía sobre os doentes, este **princípio ético-místico** de estruturação do conceito – para utilizar expressão do próprio Fleck – fazia com que, de um lado, toda doença ou afecção que atingisse os órgãos sexuais tendesse a ser indistintamente denominada *sífilis*, ou fosse considerada um de seus sintomas específicos. O caráter ético da doença (castigo divino) fazia também da trajetória moral do doente ou de seu modo de vida elementos diagnósticos fundamentais. Inicialmente, como quase todas as epidemias, a sífilis circunscreveu uma espécie de responsabilidade coletiva (das mercantilistas cidades italianas e de toda uma Europa em pleno Renascimento). Depois, doença dos libertinos e das prostitutas, teria progressivamente passado a castigo mais individualizado, ao mesmo tempo em que adquiria feições mais endêmicas.

Segundo Fleck, até o século XIX, na estruturação do conceito de *sífilis*, outros três princípios viriam se articular subordinadamente ao princípio ético-místico dominante: um **princípio empírico-terapêutico**, um **princípio experimental-patológico** e, finalmente, um **princípio patogênico**. Segundo o princípio empírico-terapêutico, devia ser considerada *sifilítica* toda doença que cedesse à ação do mercúrio, remédio herdado da antiga metaloterapia. O princípio experimental-patológico apoiava-se em observações clínicas e experiências com inoculação do *vírus sifilítico* em seres humanos. Tais experimentos ora atestavam, por exemplo, a diferenciação entre o que hoje chamamos de *gonorréia* e *sífilis*, ora as identificava. O princípio patogênico supunha que a *sífilis* atuasse através da *corrupção* do sangue, fazendo com que todas as doenças generalizadas ou de múltiplos sintomas fossem classificadas como *sifilíticas*.

Uma análise mais positivista que a de Fleck certamente apontaria a evolução histórica dos princípios em direção a uma compreensão enfim científica da doença, construída apenas sobre princípios experimentais e objetivos. Mas Fleck diz somente que, mantidos por diferentes estratos da população e oriundos de épocas diversas, tais princípios eram teoricamente incongruentes e se superpunham apenas parcialmente, embora fossem freqüentemente combinados na prática diagnóstica. Assim, nem todas as afecções dos órgãos sexuais (como a *gonorréia* e o *cancro mole*, por exem-

plo) eram curáveis pelo mercúrio e nem tudo o que o mercúrio podia curar teria origem *venérea*. Tais incongruências explicariam, para Fleck, a notável instabilidade do conceito, objeto de inúmeras disputas até o século XIX, quando o princípio ético-místico teria perdido definitivamente suas prerrogativas. Os médicos teriam podido fazer então da *sífilis* aquilo que ela seria a partir do início do século XX. Sua atuação – segundo a versão que constroem – teria se dado fundamentalmente no sentido do "desencantamento" da doença, trabalhando para torná-la entidade puramente natural, problema eminentemente médico, a ser enfrentado científica e racionalmente. Enfim, uma doença como as outras e, portanto, sob sua "jurisdição". Coroava-se assim um processo que, para Quétel, data de finais do século XVIII, quando a severidade do discurso médico começou a se atenuar "paralelamente à emergência de um 'racionalismo não cristão'", fazendo com que enciclopédias e dicionários médicos passassem a descrever "apenas a doença" (Quétel, 1986:99).[2]

Considerado do ponto de vista de seu impacto sobre o conceito de *sífilis*, esse processo de "desencantamento" comporta várias dimensões.[3] Primeiramente, com a derrocada do princípio ético-místico e a consolidação do conceito sobre bases experimentais, a antiga e englobadora categoria de *mal venéreo* ou *sífilis* se esfacela em toda uma série de moléstias distintas. Não é mais o *pecado da carne* que lhes dá unidade conceitual. Já na passagem do século, as antigas disputas que, entre os médicos, opunham os chamados *unicistas* aos *dualistas* e os *identistas* aos *não-identistas* haviam sido praticamente ultrapassadas e distinguia-se agora uma pluralidade de *doenças venéreas*: a *sífilis* propriamente dita, que à centena de nomes pelos quais já era designada,[4] os médicos ainda agregariam os de *lues venérea* e *avaria*; a *gonorréia* ou *blenorragia* e o *cancro mole*, entre as primeiras a serem "identificadas".[5]

Em geral, reconhece-se o médico americano radicado na França, Philippe Ricord, como espécie de "herói civilizador" na área dos estudos biomédicos sobre a doença. Área que, como veremos, ganharia na passagem do século uma visibilidade própria, instituindo-se enquanto especia-

---

2 Infelizmente, Quétel não esclarece o que entende por "apenas a doença"...

3 Além do impacto sobre o conceito de *sífilis*, explorado neste e no capítulo seguinte, este processo de "desencantamento" atingiu intensamente a atitude social ante a doença, ou o **ethos** que a cercava, tendo enormes conseqüências práticas, como se verá sobretudo nos itens *A Espécie Humana Sob Ameaça*, cap. 1, e *Implantação Sifilográfica*, cap. 2 deste livro.

4 Sempre considerada doença do **outro**, do **estrangeiro**, entre seus inúmeros nomes, a *sífilis* foi também conhecida como *mal-americano, mal-canadense, mal-céltico, mal-de-nápoles* ou *mal-napolitano, mal-dos-cristãos, mal-escocês, mal-francês, mal-germânico, mal-ilírico, mal-gálico, mal-polaco, mal-turco, mal-português*. Ao que parece, no Brasil, até o século XIX, utilizavam-se sobretudo as expressões *mal-venéreo* e *mal-gálico*, ou simplesmente *gálico*.

5 A quarta das doenças indubitavelmente reconhecidas como *venéreas* para o período aqui considerado, o *linfo-granuloma venéreo* ou *doença de Nicolas-Favre,* somente seria identificada em meados do século XX.

lidade médica sob a designação de **sifiligrafia** ou, mais comumente, **sifilografia**, termo de origem francesa que apareceu impresso pela primeira vez em 1842. Na primeira metade do século XIX, através de observações clínicas e experiências com inoculação, teria sido Ricord o responsável pela primeira e mais importante etapa do processo de singularização da *sífilis* perante outras doenças igualmente *venéreas*, distinguindo-a da *blenorragia*. Para tanto, ele erigiu o princípio patológico-experimental como critério fundamental na construção do conceito. Teria sido ele então o principal articulador da derrota do velho e "desorientador" raciocínio *identista*, nos termos do qual doenças diferentes se misturavam e se engendravam mutuamente. Como dizia o professor Caldas em 1866, a "velha" teoria fazia com que os médicos acreditassem que "...a infecção sifilítica podia estrear-se, ou com a blenorragia, ou com o cancro simples (cancro mole) ou com o cancro propriamente dito (cancro duro, sifilítico, hunteriano, infectante); que a blenorragia, o cancro, o bubão, a balanite, as placas mucosas, todos acidentes venéreos, enfim, podiam, quer por contato, quer por geração, mútua e promiscuamente, engendrarem-se; que todos eles podiam ser causas produtoras da sífilis, e, reciprocamente, ser efeito da infecção constitucional" (Caldas, 1866:91).

Contribuindo para a dissolução da idéia de um *mal venéreo* indiferenciado, Ricord teria dado o primeiro passo para que, progressivamente, a *sífilis* viesse a ser diferenciada de outras doenças que, atualmente, não consideramos sequer *sexualmente transmissíveis*, como certas doenças cutâneas – algumas formas de *lepra*, a *sarna*, a *micose* –, a *tuberculose da pele*, dos *ossos* e das *glândulas*, a *varíola* e, nas zonas tropicais, de doenças como a *leishmaniose* e a *bouba* ou *framboesia trópica* (Fleck, 1986[1935]:47-48). Porém, como se verá ainda neste capítulo, se de um lado o conceito de *sífilis* parecia se "estreitar", de outro, novos sintomas passavam a lhe ser atribuídos no bojo dessas transformações. No correr do século, eles seriam organizados em uma trajetória necessária, dando então aos médicos a impressão de possuírem, como dizia Caldas, um poder de predição quase "divinatório" sobre as diversas, nem sempre visíveis, etapas de progressão do mal no corpo dos doentes (Caldas, 1866:90).

Além disso, ao se desfazer a relação consubstancial que antes unia *sífilis* e *pecado*, a expressão *mal venéreo* teria se transformado em conceito genérico e, como diz Fleck, "sua relação com o coito foi transferida do plano ético-místico para o plano mecânico" (Fleck, 1986[1935]:64). Era a forma de transmissão, a mecânica do contágio, que servia agora de princípio classificatório. Até meados do século XIX, esse "mecânico" pôde ainda ser compreendido de modo quase literal, pois algumas das idéias científicas correntes faziam com que a *sífilis* não fosse considerada apenas

sexualmente transmissível (como passou a ser aceito a partir da passagem do século), mas como sendo **sexualmente produzida**, dadas certas condições sob as quais se realizava o ato sexual. Nada de espantoso, se considerarmos que os médicos oitocentistas acreditaram que um número considerável de malefícios orgânicos podia advir do mau uso da sexualidade ou, como preferiam dizer, da *função sexual*. Como já ressaltou Foucault, "...não há doença ou distúrbio para os quais o século XIX não tenha imaginado pelo menos uma parte de etiologia sexual. Dos maus hábitos das crianças às tísicas dos adultos, às apoplexias dos velhos, às doenças nervosas e às degenerescências da raça, a medicina de então teceu toda uma rede de causalidade sexual" (Foucault, 1982:64-65).

É bastante conhecida a importância dessa ordem de causalidade na área da medicina mental e toda a extensa e obsessiva discussão relativa à masturbação passava pelos perigos da incontinência sexual para as *faculdades mentais*. Herdeiro – ao menos a esse respeito – da antiga tradição legada pela medicina hipocrática e galênica, o pensamento médico do século XIX considerava que o exercício sexual devia ser mantido sob um estrito regime de raridade.

Os médicos enfatizavam os perigos do abuso sexual, notadamente para os homens. Segundo pensavam, a repetição do espasmo nervoso que se seguia à ejaculação, levando ao esgotamento, repercutia sobre todo o organismo. Ainda mais: a perda contínua do precioso líquido seminal; a perversão dos sentidos através de seu exercício muito continuado e a excitação da imaginação em busca de um prazer, tanto mais fugidio, quanto mais se penetrava em suas perigosas delícias, apenas agravavam o quadro de esgotamento apresentado pelos amantes dos prazeres da *carne*. Tais idéias apoiavam-se em antiga tradição médica. Segundo Foucault, desde Hipócrates acredita-se que o "ato sexual arranca do corpo uma substância que é capaz de transmitir a vida, mas que só a transmite porque ela própria está ligada a existência do indivíduo e carrega em si uma parte dessa existência. O ser vivo, ao expulsar seu sêmen, não se limita a evacuar um humor em excesso: ele se priva de elementos que são de grande valia para sua própria existência" (Foucault, 1985:118). Até meados do século XX, os médicos creditaram a esse líquido os mais fantásticos poderes. Em 1902, por exemplo, o médico brasileiro Pires de Almeida afirmava que "nada é capaz de levar o indivíduo a maior grau da força do que a continência. A profusão do esperma prostra, abastarda o corpo e o espírito mais vigoroso; para nos convencermos da importância do esperma no organismo e como, por ele, se esvaem as fontes da vida, basta lembrar o quanto os eunucos são fracos, covardes, efeminados e estúpidos. Aquela semente conservada, reabsorvida na economia, nos torna viris, ardentes, ativos,

destemidos, esforçados e valorosos" (Almeida, 1902:116). Para ele, a excitação sexual constante, sem ejaculação, ativaria sobretudo as faculdades intelectuais. Vinte anos mais tarde, o obscuro médico Otávio Félix Pedroso ia mais longe na mesma direção, afirmando que, se os eunucos são mentirosos e ladrões, é porque "as mais altas e nobilitantes faculdades intelectuais e morais são obra exclusiva dos testículos" (Pedroso, 1921b:4). Isso não quer dizer, como se verá, que defendessem a abstinência sexual completa como prática saudável.

Temos algumas descrições muito vívidas do destino que aguardava o excessivo sexual, o *libertino*, que por uma escolha impensada, às vezes uma fraqueza de caráter, ou pela interveniência de uma outra doença qualquer, acabava sendo arrastado a uma alienação progressiva, a uma submissão total ao mal, aos instintos, à loucura e à morte. Em tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1849, José Thomas de Lima, futuro professor de Matéria Médica e Terapêutica, dizia ser, naquele momento, "muito circunscrito" o número dos autores que ainda não haviam refletido sobre os "funestos resultados que seguem de perto os prazeres do amor", dos quais nos oferece uma longa, aterradora, mas interessante descrição: "O indivíduo que se entrega aos excessos do coito, ou porque não tenha chegado ainda a seu completo desenvolvimento, ou porque inteiramente desenvolto solicite a seus órgãos as mais extraordinárias excitações, ou porque tenha passado a idade desses prazeres, ou, porque, finalmente, a fraqueza de sua constituição lhe proíba tais gozos, não tarda a manifestar as seguintes alterações provenientes dos prolongados e contínuos espasmos que acompanham a terminação do ato venéreo, da grande quantidade de sangue que nessa ocasião aflue ao pulmão, coração e cérebro, ou das enormes perdas que sofre o organismo: respiração dificultosa, sufocações amiudadas, palpitações freqüentes, aneurismas, rupturas do coração, hemoptisias, apoplexias fulminantes, digestão laboriosa, alimentos mal elaborados e lançados pela defecação quase no mesmo estado em que foram ingestos, apetite nulo, a absorção intestinal muito fraca, a intersticial mui ativa, profunda magreza, dores na parte posterior do externo, no dorso e entre as espáduas, exalação cutânea aumentada, face pálida, olhos fundos e ternos, deixando escapar lágrimas involuntárias, as frontes e as faces cavadas, as asas do nariz e as orelhas secas e frias, vista enfraquecida, nuvens parecem envolver os olhos diante dos quais volteiam mil objetos imaginários, ouvido pouco apto a seu exercício funcional e atormentado por zoadas e tinidos incômodos; tato, gosto e olfato perdidos ou pervertidos, falta de memória, idiotismo adquirido, mania, hipocondria, tremor dos membros, espasmos, convulsões, catalepsia, alterações, cujas terminações são mui comumente fatais" (Lima, 1849:16).

Desde já, gostaria de ressaltar uma característica do discurso médico, claramente explicitada no texto de Lima, cujas conseqüências serão importantes para a *luta antivenérea*. Refiro-me ao fato de, antes de mais nada, ele especificar claramente em que circunstâncias precisas o excesso sexual poderia ser fisiologicamente danoso. Assim, segundo parece pensar o médico, desde que as solicitações sexuais não fossem "extraordinárias", estando o indivíduo organicamente maduro e tendo uma constituição forte, um exercício sexual regular, ou mesmo ligeiramente excessivo, não poderia implicar danos maiores. De todo modo o abuso tinha conseqüências tão amplas e variadas que, diante delas, alguns médicos não hesitavam e, como retoricamente se perguntava Lima, raciocinavam: "se o abuso dos atos venéreos ocasiona graves desarranjos, que razão haverá para não admitir-se que um agente morbífico tão poderoso seja uma das causas da sífilis?" (Idem). Efetivamente, apoiando-se nas teorias fisiológicas de Broussais e de seus discípulos, vários médicos irão apontar o "abuso dos atos sexuais" como causa imediata e suficiente dos *males venéreos*. Alguns, como o brasileiro Azambuja, combinavam o tema do **contágio** ao da **irritação**, na classificação desses tipos de males. Para ele, seria fundamental, por exemplo, a distinção entre a *blenorragia maligna* ou *sifilítica*, adquirida através do contágio, e a *blenorragia benigna*, produzida apenas pela irritação dos órgãos sexuais, geralmente oriunda do "abuso dos prazeres venéreos", quer fossem solitários ou não.[6] Assim, para muitos médicos, até meados do século, eram exclusivamente a "libertinagem, a paixão muito ardente ou a voluptuosidade sem moderação, as únicas verdadeiras fontes das afecções sifilíticas" (Idem, 13).

Como se vê, fruto direto de um exercício sexual imoderado, mesmo sem qualquer intervenção divina, a *sífilis* operava ainda como sinal visível, **símbolo natural** da conduta moral. O seu caráter de estigma da imoralidade de um indivíduo, de uma sociedade, ou de uma época, por algum tempo parece ter encontrado sua fundamentação científica nos fenômenos da irritação e da inflamação, que, simbolicamente, não deixavam de materializar, no organismo, o ardor em que se consumia a alma: o descontrole e o excesso, percebidos na conduta sexual.

Porém, já na segunda metade do século XIX, se há uma relação "mecânica" entre *sífilis* e sexo, é porque as relações sexuais transformaram-se no meio de transmissão por excelência da doença. Encerrava-se

---

[6] Além da irritação das mucosas produzida durante o ato sexual, também o abuso de substâncias alimentares excitantes e de bebidas espirituosas, de alguns medicamentos, a introdução de matérias acres e irritantes no canal da uretra, a presença de alguma pedra na bexiga, a falta de asseio no "aparelho genital" e principalmente a cópula com mulheres menstruadas seriam causas suficientes para o aparecimento de certos "acidentes venéreos".

assim uma célebre disputa entre *contagionistas* e *não-contagionistas*, com o que não pode deixar de ser considerada uma vitória dos primeiros. Tendo recebido na primeira metade do século XIX um certo alento por parte do fisiologismo, as teorias *não-contagionistas* foram, entretanto, praticamente descartadas. Assim, não se acreditava mais que a *sífilis* pudesse ser causada pela generalização da *irritação* das mucosas, produzida por enlaces sexuais ardentes demais ou demasiado freqüentes. Evidentemente, na passagem do século, não se tratava da vitória do antigo *contagionismo*, em cujos termos o *vírus sifilítico* era definido como um *veneno*, "princípio extremamente sutil, não sujeito a exames e extremamente contagioso" (Abreu, 1845:3). A teoria bacteriana de Pasteur logo o traduziria para a linguagem dos "infinitamente pequenos". Dentro dos quadros do pasteurianismo, o misterioso *vírus sifilítico* tomaria a forma visível de uma bactéria espiralada, um *espiroqueta*: o *treponema pallidum*, identificado por Schaudinn em 1905. Antes disso, Neisser já havia "descoberto" o agente causal específico da *gonorréia* (1879) e Ducrey, o do *cancro mole* (1889), selando definitivamente a separação entre as três *doenças venéreas* então conhecidas. Como denominador comum restava apenas o fato de serem transmitidas predominantemente através das relações sexuais. É importante lembrar que, se o excesso sexual deixava de ser causa imediata das *doenças venéreas*, ele continuaria por outras razões a ser um importante fator morbífico. Sua importância enquanto fator de *degeneração*, por exemplo, será amplamente explorada e divulgada pelos médicos até meados do século XX.[7]

Apesar de o perigo continuar sendo compreendido como espécie de invasão, o tema do **envenenamento** é substituído pelo tema do **parasitismo** e da **infestação**. Julgou-se então confirmada a intuição" do médico italiano Fracastoro, que em 1550 já imaginara o contágio da moléstia, que teria sido o primeiro a chamar de *sífilis*, através da multiplicação dentro do organismo de "pequenas coisas vivas e invisíveis" (*apud* Quétel, 1986:69). Tais mudanças tiveram impacto decisivo sobre as práticas terapêuticas utilizadas para tratar a *sífilis*, alterando profundamente seu sentido. Embora o mercúrio vá continuar a ser amplamente empregado até a generalização do uso da penicilina a partir de meados da década de 40, não se concebe mais sua atuação como meio de induzir o organismo a evacuar o *veneno* através da intensa diarréia, salivação e sudorese provocadas pela intoxicação mercurial. Não se tratava mais de **expulsar** o

---

[7] Um exemplo da extrordinária pregnância desse tema pode ser encontrado no divulgadíssimo romance do médico-literato paulista Cláudio de Souza, *As mulheres fatais*, publicado no Brasil e no exterior em várias edições ao longo da década de 1930. A ele dediquei uma análise pormenorizada em trabalho anterior (Carrara, 1992).

mal do organismo, mas de **localizá-lo** em seu interior, **neutralizá-lo** e, se possível, **eliminá-lo**. Estamos no alvorecer da moderna quimioterapia, e um de seus marcos iniciais teria sido justamente o desenvolvimento de um outro *específico* para a *sífilis* que, introduzido no organismo, teria o poder de localizar e destruir o treponema. Esta *bala mágica*, como se dizia grosseira e reveladoramente então, era um sal de arsênico altamente tóxico, desenvolvido na Alemanha pelos médicos Ehrlich e Hirata. Em 1909, foi apresentado a uma comunidade mundial já bastante sensibilizada pelo *perigo venéreo* sob o nome de **salvarsan** ou **606**, para imortalizar o número do experimento que havia produzido resultados satisfatórios. Alguns anos mais tarde, a mesma equipe desenvolveria uma versão menos tóxica, que, pelas mesmas razões anteriores, foi batizada de **914** ou **neo-salvarsan**.

No âmbito da terapêutica antivenérea, os sais de arsênico foram recebidos quase do mesmo modo como, posteriormente, o seria a penicilina. O conhecido médico brasileiro Afrânio Peixoto chegou mesmo a esboçar um "epitáfio" para a doença, ao escrever em 1913, referindo-se à nova medicação: "Afastado o charlatanismo interesseiro, que ainda dificulta a aplicação do tratamento a todos os sifilíticos, a sífilis irá desaparecendo e acabará com o último sifilítico. Em cinqüenta anos será a redenção da humanidade de mais um flagelo" (Peixoto, 1913:601). Porém, consistindo de aplicações de longas séries de injeções intravenosas durante vários anos, logo se percebeu que o tratamento com os arsenobenzóis nem sempre curava, embora fizesse com que as lesões contagiantes cicatrizassem rapidamente. Isso logo imprimiu ao arsênico e, depois dele, ao bismuto um valor mais profilático do que terapêutico.

Se houve "revolução" nesse período, houve também extraordinárias continuidades. Além do antigo e quase universal tema da invasão do organismo por um mal que se transmitia de indivíduo a indivíduo, a nova linguagem científica reelaboraria ainda outros temas clássicos. Entre eles, ressaltam-se o da **hereditariedade sifilítica** e o da **universalidade ou ubiqüidade do mal**. Apesar das restrições por que passa o conceito de *sífilis* no período, tais temas não apenas permanecem, como são mais intensamente explorados, permitindo à doença conservar grande parte de seus antigos poderes e ainda adquirir novos outros. Em larga medida, essas continuidades me parecem relacionadas à manutenção, em meio às tranformações, do mesmo princípio patogênico, que, como nos informa Fleck, esteve presente na construção do conceito de *sífilis* desde o seu "surgimento". Segundo tal princípio, a *sífilis* era uma doença que atuava através do sangue e tinha a capacidade de alterar todos os fluidos corporais, generalizando-se por todo o organismo.

Bem antes de o *vírus* ter "fugido para a região dos fantasmas" e ter havido sua "substituição por elemento material, visível ao microscópio" (*apud* Mello, 1930[1900]:315), como dizia, em 1895, Antonio José Pereira da Silva Araújo – paladino da bacteriologia no Brasil e o nosso primeiro grande especialista em *sífilis* –, muito antes, portanto, do desenvolvimento de testes de detecção do treponema, assentara-se a idéia de que uma quantidade extremamente pequena do *vírus sifilítico* era capaz de alterar "todos os fluidos da economia" (Lima, 1849:115). Segundo Fleck, nessa alteração dos *humores*, estaria a origem da antiga crença no *sangue corrompido* dos *sifilíticos* (Fleck, 1986[1935]:57). Efetivamente, a idéia de um comprometimento global do organismo através do sangue parece ser contemporânea à própria identificação da doença em finais do século XV e início do século XVI. Já em 1500, o médico espanhol Torella dizia da *sífilis* que, "por sua singular virulência e por sua propriedade de corromper, macula tudo o que toca e tudo transforma em sua própria substância" (*apud* Quétel, 1986:23). Em 1504, Cataneus dizia da *sífilis*, em seu tratado: "é um estado mórbido que tem por origem uma infecção total da massa sangüínea produzida por um veneno que os mênstruos contêm" (*apud* Quétel, 1986:31). Além do sangue, a doença infectaria o leite materno, o esperma e, para alguns, até mesmo o suor e a saliva, os quais, juntamente com o pus das pústulas e feridas, transmitiriam e perpetuariam o mal (Abreu, 1845:5). Era por atingir tais fluidos, por *corromper* o mais nobre deles, o sangue, que, em sua lenta trajetória no interior do organismo, a doença adquiria um caráter geral, totalizante ou ubíqüo. Como veremos, era também por essa mesma razão que a *sífilis* detinha o extraordinário poder de perseverar no tempo.

Certamente, enquanto "doença do sangue", até o século XIX, a *sífilis* não era uma doença do líquido que oxigena e alimenta todas as células. Como sabemos, o sangue era investido simbolicamente de outros extraordinários poderes, princípio de totalização da pessoa humana, que incorporava em sua massa viscosa tanto as energias e virtudes físicas quanto morais. Era **símbolo natural** onde se expressavam as relações de parentesco e descendência, os vínculos e hierarquias sociais e políticas, as diferenças sexuais e o valor relativo de cada sexo. Até bem dentro do século XIX, muitos acreditavam, como Cataneus, que o *mal venéreo* provinha do contato com o sangue menstrual durante o ato sexual. Em 1849, por exemplo, o médico brasileiro José Thomaz de Lima dizia acreditar ser muito provável que o sangue menstrual – de "cheiro forte e repugnante" nas pessoas "pouco asseadas" – "... se decomponha e forneça princípios deletérios, suscetíveis de motivar alterações mais ou menos profundas no exercí-

cio fisiológico dos órgãos uma vez absorvidos e levados à torrente circulatória" (Lima, 1849:20). Sangue corrompido e corruptor, os *mênstruos* corporificavam o perigo inerente à condição feminina, cujo caráter permanentemente impuro, como veremos, continuará, de outras maneiras, a ser vigorosamente tematizado através da *sífilis*.

Como aponta Fleck, "esta *alteratio sanguinis* era uma expressão muito popular para explicar todas as enfermidades generalizadas, mas, enquanto para as outras enfermedades foi perdendo força, para a sífilis foi adquirindo um conteúdo cada vez mais rico" (Fleck, 1986[1935]:57). Orientados por esta idéia, em finais do século XIX, os microscópios se voltariam para esse fantástico fluido em busca dos sinais da doença. E a antiga crença no *sangue corrompido* dos *sifilíticos* irá se modernizar definitivamente, assumindo feições científicas, quando, em 1906, inaugurando a moderna sorologia, o médico alemão Wassermann e sua equipe trazem a público um teste através do qual se tornava possível detectar as alterações sangüíneas que a presença do treponema produziria. Recebido com enorme entusiasmo pela comunidade médica internacional, até os anos 40, o **teste de Wassermann** foi amplamente considerado eficaz para a detecção da doença. Durante esse período, toda a incongruência entre os resultados laboratoriais e os clínicos era atribuída, geralmente, ou ao caráter polimorfo da *sífilis* (nem sempre facilmente identificável), ou a erros na execução do próprio teste.[8] Assim, ao abrirem a possibilidade de detecção direta ou indireta da presença do espiralado parasita no sangue, no líquido céfalo-raquidiano e nas lesões profundas ou epiteliais provocadas pela doença, as "descobertas" que ocorrem na primeira década do século XX (a de Schaudinn, em 1905, e a de Wassermann, em 1906) foram os meios técnicos através dos quais ocorreu definitivamente a unificação de todas as variadas manifestações *sifilíticas* em suas diferentes fases.

Como veremos a seguir, esse caráter de ubiqüidade da *sífilis*, que se espalhava por todo o organismo através do sangue, será explorado incansavelmente pelos médicos, quando se tratava de demonstrar aos leigos as terríveis conseqüências do mal no organismo humano. Simultaneamente,

---

[8] Em sua recente história sobre o teste de Wassermann, Ilana Löwy afirma que "um teste positivo era considerado – particularmente no período inicial de entusiasmo pelo novo método – não como algo que pudesse auxiliar o diagnóstico, mas como uma prova infalível de infecção treponêmica" (Löwy, 1993:19-20). Depois da Segunda Grande Guerra, ao surgirem testes que possibilitavam a detecção do próprio treponema na corrente sanguínea, verificou-se que o teste de Wassermann produzia resultados positivos também em face a inúmeras outras doenças e que, para certas populações, o número de falsos positivos podia ser assombroso. Desse modo, conlui Löwy, "milhares de pessoas que hoje seriam definidas como falsos positivos foram diagnosticadas como portadoras de sífilis. Elas sofreram não apenas as conseqüências sociais e psicológicas de um tal diagnóstico – medo, culpa e opróbrio social –, mas também as conseqüências dos efeitos bastante tóxicos dos tratamentos em uso" (Idem).

é também através da onipresença atribuída à doença que a sifilografia irá se posicionar perante outras especialidades médicas, procurando firmar-se como área de reflexão mais fundamental, oferecendo uma mais nova e completa inteligibilidade a um número considerável de outros males, tratados por outros especialistas.

Sífilis: Doença Universal

Sífilis, doença de toda a "substância"

Como se viu, espécie de rei Midas às avessas, desde o seu "surgimento", a onipresença da doença no organismo por ela afetado já se expressava visivelmente nas múltiplas manifestações sintomáticas que se articularam sob uma mesma categoria nosológica. Segundo um médico brasileiro de meados do século passado, os primeiros observadores da moléstia afirmavam que ela "começava de ordinário por largas pústulas, as quais manifestavam-se primeiramente nos órgãos genitais e depois invadiam todo o corpo" (Azambuja, 1847:22). Por não serem acompanhadas de febre, tais pústulas teriam sido logo diferenciadas das pústulas da *bexiga* (atualmente conhecida por *varíola*) com as quais se assemelhavam. Como a *lepra* em alguns casos, as feridas cutâneas da *sífilis* eram *roedoras*, implicando a perda dos tecidos e a desfiguração do doente.[9] Ainda segundo o mesmo médico, a descrição renascentista relatava que "...logo depois, apareciam dores nos membros, que exasperavam-se com o calor do leito. Mais tarde, sobrevinha, ao cabo de um tempo indeterminado, o terrível cortejo dos acidentes consecutivos, tais como bubões, cancros na boca, no nariz e nos olhos, vegetações e excrescências de todas as formas, queda dos cabelos, manchas em diversas partes do corpo, tumores sifilíticos e gangrena nos ossos" (Idem).

---

[9] Foram talvez tais semelhanças que fizeram com que alguns médicos acreditassem até meados do século XIX ter a *sífilis* se originado de uma transformação da *lepra*, cuja regressão a Europa renascentista assistiu no mesmo momento em que via a *sífilis* se alastrar. Em 1847, o médico brasileiro Azambuja acredita ser a *lepra* "tão semelhante à sífilis em seus sintomas que podem transformarem-se reciprocamente uma na outra." (Azambuja, 1847:20-23)

Assim, desde o seu "surgimento", percebia-se a *sífilis* como moléstia polimorfa, que iniciava como uma afecção local – o *cancro*, a pequena ferida instalada no ponto em que o *vírus* se introduzira no organismo – e depois expandia-se, tanto em extensão, através da epiderme, quanto em profundidade, tomando todo o organismo, cariando por fim os ossos, em meio a horríveis dores. Durante o século XIX, ela não perdeu esse caráter globalizante e polimorfo, mesmo depois de ter, com o desenvolvimento da reflexão patológico-experimental, diferenciado-se de inúmeras outras doenças. Ao contrário, parece que seus poderes não cessaram de crescer, passando a ser percebida cada vez mais explicitamente, como atesta um depoimento do período, como um mal cuja "crueldade crava garras poderosas que, pouco a pouco, corroendo o corpo, aniquilam o **organismo inteiro**" (Mello, 1930[1900]:319, grifo meu). Segundo o mais eminente sifilógrafo da *belle époque*, o francês Alfred Fournier, tratava-se de uma doença que, "nascida pelo contágio exterior", determinava uma espécie de "impregnação infecciosa", "um verdadeiro envenenamento do nosso ser, **de toda nossa substância**", não havendo "um só de nossos órgãos, um canto, um refúgio de nosso corpo onde não se lhe possa constatar a presença" (Fournier, 1910:34, grifo meu). Ou como repetiria, anos mais tarde, o sifilógrafo brasileiro Werneck Machado, um de seus "discípulos" mais fiéis, a *sífilis* "em pouco empolga o organismo por tal jeito em sua integridade, generalizando-se, **que a nenhum recanto deste se poderá apontar como isento da respectiva influência**" (Machado, 1921:177, grifo meu).

A trajetória da doença no interior do organismo, cujo evolver quase crônico podia acompanhar o doente até a velhice, passava então a ser compreendida através de um esquema de três ou quatro fases, intercaladas por períodos mais ou menos longos de ausência de sintomas. Segundo um médico brasileiro de finais do século passado, em sua primeira fase a *sífilis* se manifestava através do *cancro*, ulceração resultante da *inoculação* ou *contato sifilítico*. Localizado mais freqüentemente nos órgãos genitais, podia também aparecer na língua, lábios, narinas, gengivas, mãos, coxas, ânus. Dentro de alguns dias, "e como conseqüência ordinária dos cancros, sobrevém o engurgitamento dos gânglios, com os quais confinam os vasos linfáticos da região ulcerada e por conseguinte quase sempre na virilha" (Xavier, 1880:39-45). Eram os *bubões*. Depois de certo tempo, tais sintomas desapareciam naturalmente. Num prazo variável de alguns meses, instalava-se a *sífilis secundária*, expressão que designava a generalização da doença no corpo, marcada pelo surgimento na pele de pequenas feridas circulares, as *roséolas sifilíticas* ou *sifilides*, e de ulcerações altamente contagiosas nas amídalas, boca ou nos órgãos genitais, conhecidas como *placas mucosas*. Tais sintomas também desapareciam naturalmente, encerrando a fase propriamente dermatológica do mal.

Passados vários meses ou até vários anos, advinha o temível *tercearismo*. A *sífilis* então "aprofundava-se" no organismo. Porém, não se tratava mais exclusivamente da lenta necrose dos ossos acompanhada de dores intensas, como para os antigos. Ao longo do século XIX e início do século XX, constata-se que a doença podia atingir órgãos vitais, como o cérebro e o sistema nervoso, o pulmão, o fígado, os rins, o baço, os olhos; manifestando-se de formas tão diferentes quanto a *icterícia*, a *cirrose*, o *amolecimento do cérebro*, as *hemiplegias*, as *paraplegias* e "inúmeras outras perturbações das funções nervosas da sensibilidade, da inteligência e da motricidade" (Idem). Nesse sentido, como dizia o médico, a *sífilis* devia ser considerada pior que as epidemias, pois destas "o indivíduo morre instantaneamente ou recupera a saúde, porém o mal venéreo passa por diversas alternativas de curas aparentes e manifestações novas de acidentes sifilíticos" (Idem, 34).

No início do século XX, atribuía-se à sífilis o poder de se manifestar através de tantas formas diferentes que não me parece ser exagerado afirmar que ela se apresentava praticamente como espécie de princípio etiológico geral. Não se tratava mais de *uma* doença, mas de um princípio gerador de doenças. Para isso, foram fundamentais as "descobertas" laboratoriais que permitiram o "isolamento" do treponema em tecidos de diversos órgãos e a detecção, através de alterações sangüíneas que produzia, da contaminação sifilítica em indivíduos "aparentemente" sadios ou portadores de sintomas até então atribuídos a outros males. Desse modo, o laboratório vinha confirmar as pretensões da clínica sifilográfica, contribuindo decisivamente para a expansão quase indefinida que caracterizaria o domínio nosológico da *sífilis* até meados do século XX.

A novidade de tal expansão não deixou de ser percebida pelos contemporâneos, sendo utilizada como justificativa para a urgência da *luta* a ser empreendida contra o mal. Em 1914, por exemplo, ao pedir o engajamento do Estado brasileiro na *luta antivenérea*, o sanitarista Carlos Seidl, então substituto de Oswaldo Cruz na Diretoria Nacional de Saúde Pública, justificava seu pedido afirmando que "cada vez mais se alarga o campo de devastações da sífilis, descobertas pelos novos meios diagnósticos" (Seidl, 1914:2). Em 1918, durante o 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, realizado no Rio de Janeiro, o sifilógrafo Werneck Machado apontava também, tanto para o caráter então recente da importância assumida pela *sífilis* como causa de várias outras afecções, como para a fato de tal processo ter sido propiciado, em larga medida, pelos avanços nas técnicas laboratoriais de diagnóstico: "**Verdadeiro duende da patologia** que tem sido a sífilis ininterruptamente desde as suas primeiras explosões, em todos esses quatro séculos todavia, **jamais sua importância assumiu a**

altura da presente época onde (...) empolga ainda as atenções gerais como base etiológica que vai revelando do maior número de entidades nosológicas, mercê dos mais recentes progressos realizados pela ciência experimental, à frente dos quais se encontram as reações do sangue e do líquido céfalo-raquidiano" (Machado, 1921:177, grifos meus).

Assim, por volta de 1920, dada a multiplicidade de lesões que provocava, além dos casos comprovados de morte por *sífilis* (oficialmente muito poucos), a doença era responsabilizada pelos especialistas por 75% dos casos de morte por *angina de peito* e *afecções das artérias*; por metade dos casos de morte por *câncer da cavidade bucal* e por *encefalite*; e por um terço dos casos de morte por *doenças nervosas e da medula*, por *hemorragia cerebral* e por outras *doenças do coração* (Rabelo, 1921:331).

Além disso, a *sífilis* tornou-se responsável por todos os casos de morte por *ataxia locomotora* (*tabes*) e *paralisia geral progressiva*. Já em 1879, levantando protesto entre os psiquiatras, o francês Alfred Fournier afirmara a origem sifilítica da famosa *paralisia geral progressiva*, cujas lesões cerebrais haviam sido apresentadas por Bayle, na primeira metade do século XIX, como a prova irrefutável da fundamentação orgânica das *doenças mentais*. Nas décadas seguintes, o fato seria "comprovado" em laboratório e, de doença individualizada, a *paralisia geral* se transformaria definitivamente em apenas mais um dos sintomas característicos das lesões do sistema nervoso, produzidas nas últimas fases da *sífilis*. Segundo Claude Quétel, depois de 1913, quando, nos Estados Unidos, Noguchi e Moore produziram as provas definitivas da presença do treponema no cérebro dos *paralíticos gerais*, "les aliénistes qui ne voulaient voir la syphilis nulle part vont des lors la voir partout" (Quétel, 1986:205).

Efetivamente, a *neurosífilis* ou *sífilis nervosa* propiciava uma passagem interessante entre a psiquiatria organicista e a bacteriologia.[10] Em certo sentido, parece ter atualizado o organicismo psiquiátrico, fazendo com que a *loucura* entrasse para a "era microbiana". Simultaneamente, contribuiu para que a *sífilis* realmente se apresentasse como uma doença total, atingindo os níveis mais "elevados" da pessoa humana através dos *nervos*.

Irradiada pelos *nervos*, produzindo a *loucura*, a *sífilis* pôde então começar a ser apontada também como a causa de inúmeros atos considerados criminosos ou imorais, colocando para os peritos complicadas ques-

---

[10] Institucionalmente, tal passagem vai ser utilizada por médicos eminentes do período. É o caso, por exemplo, do brasileiro Juliano Moreira, que, antes de se consagrar como psiquiatra, produziu inúmeros trabalhos na área da dermatologia e sifilografia. Membro-fundador da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, Juliano Moreira parece ter tido um papel fundamental na distinção entre *sífilis*, *bouba* (doença tropical não-venérea causada por um outro treponema, *treponema pertenue*) e *leishmaniose*, doença cuja presença entre nós teria sido o primeiro a estabelecer (Rabelo, 1933).

tões relativas à responsabilidade penal do *sifilítico* criminoso. Talvez o mais completo trabalho brasileiro sobre o assunto tenha sido uma tese de livre-docência de 1918, defendida pelo também sifilógrafo Júlio Porto-Carrero, na Faculdade Livre de Direito do Rio de Janeiro (Porto-Carrero:1918). Nela, Porto-Carrero dizia que o "sifilítico cerebral entra muita vez em contato com a justiça" e que a influência da doença na gênese da criminalidade era tão grande que, na área da psiquiatria-forense, se devia "pensar sifiliticamente". Segundo Porto-Carrero, na *paralisia geral progressiva*, depois da fase inicial, em que simula a *neurastenia*, "com suas cefaléas, sua depressão psíquica, suas insônias", a doença produzia a "queda da memória, da atenção, da inteligência e do senso moral". Assim, segundo o médico, com o evoluir da doença, além de cometerem erros profissionais devidos ao enfraquecimento da memória e da atenção, os *paralíticos gerais* "...tornam-se doentes obscenos, entregam-se a excessos sexuais, praticam o adultério, o roubo, os atentados contra o pudor, tudo revestido de um cinismo só compatível com o seu estado de inconsciência" (Idem, 56).

Em 1927, o sifilógrafo Oscar da Silva Araújo dizia já ser amplamente conhecido o fato de a *sífilis* ser "influência predominante e certas vezes determinante nas perturbações mentais que levam ao crime" (Araújo, 1927:28). E, em trabalho apresentado em 1937 à Academia Nacional de Medicina, o médico Cerqueira Luz estimava em 67,7% a incidência da *neurosífilis* entre os presidiários da Casa de Detenção do Rio de Janeiro. Daí propor que, em geral, o delito fosse incluído entre os sinais precoces da *sífilis nervosa*, "como uma dor de cabeça pertinaz, a perda da memória, irritabilidade etc." (*apud* Mol, 1939:7).

Grande nome da psiquiatria-forense brasileira da primeira metade do século XX, Heitor Pereira Carrilho era da mesma opinião. Antes mesmo do aparecimento de qualquer sintoma clínico, dizia ele em 1940, crimes absurdos ou incompreensíveis deviam fazer o perito desconfiar de uma *neurosífilis* em desenvolvimento. E é interessante perceber como, para Carrilho, a *sífilis* vinha em boa hora modernizar certas teorias criminológicas que, em meados do século XX, já estavam bastante desacreditadas no mundo científico. Para ele, o fato de inúmeros atos delituosos terem origem sifilítica não deixava de "...revelar o acerto dos que (...) sustentavam que toda ação é organicamente determinada, devendo contribuir portanto para uma reavaliação das antigas teorias biodeterministas da Antropologia Criminal e Criminologia" (Carrilho, 1941:169).

Porém, os terríveis poderes da *sífilis* ainda não se esgotavam nessas inúmeras manifestações. Se a partir da passagem do século várias doenças e perturbações começaram a ser percebidas enquanto momentos de sua complexa evolução no organismo humano, outras tantas passam a ter o

terreno preparado por ela. Como já dizia o mestre Fournier, e será repetido por mais de meio século: "Da sífilis, somente a sífilis se origina. Ilusão! A sífilis dá origem a outras coisas. Ela não atua em suas vítimas apenas como doença específica através de um veneno singular, ela atua também como doença geral dada a perturbação profunda que ela provoca no organismo" (*apud* Ribeiro, 1941:128).

Entre as doenças mais importantes que propiciava destaca-se a *tuberculose*, uma das principais causas de morte para todo o período aqui estudado. Já em 1871, um médico brasileiro afirmava ser a *sífilis* "talvez uma das grandes causas da tísica pulmonar" (Anônimo, 1871:26). Dúvida que logo se transformaria em assertiva indiscutível. Em 1908, em folheto educativo distribuído em um dispensário antisifilítico carioca, significativamente mantido pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose, lê-se: "Provado que está que a tuberculose é a moléstia que universalmente mais prejuízos causa à humanidade, **é preciso que se saiba que nenhum terreno se oferece com melhor preparo para o alimento desse terrível flagelo do que o do sifilítico**. Quanto menor for o rigor no tratamento do sifilítico, mais sujeito se acha ele a contrair a tísica" (*apud* Machado, 1915:45, grifo meu). Opinião que o sifilógrafo Werneck Machado reafirmaria claramente em 1913, no seio da Academia Nacional de Medicina: "**Moléstia de toda a substância** e de processo lento e crônico, sujeita a períodos de simulada cura, nos quais, entretanto, um **trabalho sorrateiro** não raro é revelado por explosões bruscas denunciadoras das mais variadas e graves modalidades patológicas, **nenhuma como a sífilis melhor terreno oferece à germinação do bacilo da tuberculose, pelas múltiplas perturbações do necessário meio**" (Machado, 1913:5, grifos meus).

Além da *tuberculose*, por atingir as mucosas, a *sífilis* também predisporia os indivíduos a *doenças cancerosas mortais* e a *tumores malignos* (Kehl, 1921:23). Como se vê, verdadeira **caixa de Pandora**, a *sífilis* podia produzir quase todas as doenças e, ao atacar o sistema nervoso, dar origem à *loucura*, às *perversões sexuais*, ao *crime* e à *imoralidade*. Por não encontrar barreira em qualquer órgão ou tecido, por estar em todos os lugares ao mesmo tempo, atingia o indivíduo em sua integralidade físico-moral. Como se vê, não era doença de um ou muitos órgãos, era uma doença do **ser**...

Durante toda a primeira metade do século XX, as teorias sifilográficas, em cujos termos essa onipotente *sífilis* se construía, são amplamente divulgadas e podem ser encontradas sob a pena dos mais diversos profissionais, como o famoso jurista brasileiro Nelson Hungria, a quem reservo a última palavra sobre o assunto. Em 1940, divulgando o saber dos sifilógrafos, declarava: "Os que contraem a infecção luética tem a aguardá-los, se não encontram um tratamento oportuno e adequado, a tabes, a paralisia geral,

a loucura, as psicoses, **todas as misérias fisiológicas e psíquicas**. Carreado pela linfa e pelo sangue, o *treponema pallidum*, **o insidioso espiroqueta infiltra-se por todo o organismo**, determina a atrofia das vísceras e dos músculos, oblitera os vasos sangüíneos, imobiliza os nervos, corrói os ossos, invade a medula espinhal e o cérebro, esteriliza as fontes da vida, **tudo devasta e aniquila no corpo humano**" (Hungria, 1941:439, grifos meus).

Sífilis, senhora do mundo

Se durante o período considerado a *sífilis* não parecia respeitar qualquer limite intra-orgânico, tampouco reconhecia quaisquer fronteiras externas, quer fossem naturais ou sociopolíticas. A idéia da onipresença do mal reproduzia-se também em outros níveis, fazendo com que o espaço da *sífilis* fosse necessariamente um espaço global.

Além de atingir o organismo como um todo, a *sífilis* atingia igualmente homens e mulheres e se manifestava em todas as idades. Era responsabilizada pela maior parte dos casos de aborto, por mais da metade dos casos de mortinatalidade e por 80% dos casos de *debilidade congênita*. Poder de destruição quase ilimitado que expressava-se claramente na angustiada questão colocada em 1906 pelo médico-literato Cláudio de Souza:[11] "Que praga conheceis vós, mais nefasta, mais aterradora do que esse flagelo, que não poupa o moço, não poupa o velho, que não poupa a mulher e que, sedento sempre, sobre a doce candidez do berço, sobre o lírio inocente que surge para a vida, sobre o berço da criança, que é o altar do amor materno e a esperança radiante da pátria, estende seu manto de luto?" (Souza, 1906a:8).

Anos mais tarde, em 1918, Eduardo Rabelo – um dos mais celebrados sifilógrafos brasileiros –, diria da *sífilis* que "ninguém como ela é inimiga da vida": "Se podemos considerar a *blenorragia* como mais capaz de produzir a esterilidade, cabe à sífilis a prerrogativa de, estando logo abaixo dela nesse inglório mistér, ser a maior assassina da vida humana em seu gérmen" (Rabelo, 1921:335).

Fatores que então muitos consideravam determinantes na gênese das desigualdades entre os homens, como o *clima* e a *raça*, não pareciam exercer qualquer influência sobre a distribuição da doença. Já em 1871, antes

---

[11] Antes de ter se transformado em conhecido nome da dramaturgia brasileira da primeira metade do século XX, Cláudio de Souza ocupou-se largamente do problema das *doenças venéreas* e do *alcoolismo*, fundando em 1906, para o combate de tais males, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária. Para maiores informações sobre a Liga, ver adiante *A Luta Antivenérea e Seus Modelos*, cap. 4; sobre Cláudio de Souza ver Carrara, 1992.

da realização dos grandes congressos internacionais sobre o combate à *sífilis*, um autor anônimo encarecia através da *Gazeta Médica da Bahia* a necessidade da cooperação de todos os países para "cercear os estragos e devastações de tão cruel e **insidioso** mal, **existente em todos os países e que ataca todas as raças**" (Anônimo, 1871:27, grifos meus). E ao menos até 1909, quando a "descoberta" do Salvarsan vem renovar por algum tempo as esperanças de se erradicar a doença, seu caráter universal provocava um certo desânimo entre os médicos. Como diz o mesmo autor anônimo em seu artigo de 1871: "Não desconheço que é impossível a extinção das moléstias venéreas, nem creio que tal pensamento ocupe a atenção de ninguém que conhece como elas se propagam" (Idem).

Embora não possa afirmá-lo com segurança, é bastante provável que este caráter universal da *sífilis* já estivesse presente, implícita ou explicitamente, na antiga categoria ético-mística do *mal venéreo*, a partir da qual a *sífilis* era concebida como castigo divino à lubricidade humana. Onde havia homens, havia pecado e, onde havia pecado, havia inexoravelmente o castigo na forma da doença. A *sífilis* parecia assim uma espécie de atributo da própria condição humana. De todo modo, importante aqui é ressaltar o fato de a idéia da universalidade da *sífilis* reproduzir-se constantemente ao longo do período analisado. Em 1921, o eugenista Renato Kehl dizia das *doenças venéreas* "que constituem um flagelo não só brasileiro, mas **universal**" (Kehl, 1921:5, grifo meu). Em 1930, um outro sifilógrafo brasileiro dizia que, sendo a *sífilis* "comum a todos os povos e sob qualquer clima, tem o tipo de **moléstia mundial**" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano VI, nº 1, 1930, grifo meu). E, finalmente, vemos a mesma idéia reproduzir-se na abertura da grande conferência patrocinada pelo Estado Novo para debater os meios de combate à *sífilis* – a **1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis**, realizada no Rio de Janeiro, em 1940. Lançando mão de conceitos mais "modernos", o então ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, recolocava o velho tema ao afirmar que a *sífilis* é "flagelo do gênero humano, sem distinção de território, cultura ou raça" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:39).

Se fronteiras etárias, raciais, climáticas e culturais se mostravam impotentes para conter o mal, tampouco se poderia esperar atuação mais decisiva das fronteiras de classe. Já em meados do século XIX, o higienista Claudemiro Caldas afirmava que "a sífilis, circulando, ora oculta, ora aparente, mas sempre formidável, por **todas as camadas sociais**, reveste o caráter de uma **moléstia universal** que, perenemente, assola a humanidade" (Caldas, 1866:55, grifos meus). Neste sentido, dizia o médico, embora não inspirasse tanto terror quanto as epidemias, devia ser considerada, en-

tretanto, pior que elas, dado "o modo ininterrupto por que atua o flagelo, e os males que, na esfera de suas desordens, derrama de uma maneira lenta, mas terrível, **em todas as classes sociais**" (Idem, grifo meu). Anos mais tarde, em 1880, um outro médico brasileiro afirmaria que, se a *sífilis* era mais comum entre os "homens que, por sua posição de fortuna, não podem ser exigentes na escolha das mulheres com as quais têm relações", ela também se manifestava entre os "ricos" (Xavier, 1880:35). E em 1921, Renato Kehl mostraria todo seu desalento ante esta "diabólica doença", ao dizer que "infelizmente, no Brasil, a sífilis está largamente **difundida por todas as camadas sociais**, penetrando abertamente em milhares de lares e aí implantando o aleijão, a desgraça e o luto" (Kehl, 1921:29, grifo meu). A pregnância desta idéia foi sem dúvida admirável, sendo reproduzida vinte anos mais tarde pelo sifilógrafo Thompson Motta – então diretor da maior organização *antivenérea* privada brasileira e sul-americana, a **Fundação Gaffrée-Guinle** que, desde a década de 20, vinha se dedicando exclusivamente ao tratamento dos *venéreos* da capital federal.[12] Segundo ele, a *sífilis* é um "flagelo" que atinge "todas as classes e todas as profissões" (Motta, 1941:5). Ecoando essas palavras, o clínico carioca Genival Londres declarava, à mesma época: "Até agora, o grau de cultura ou de fortuna do nosso indivíduo apenas parece servir-lhe para mais cedo ou mais assiduamente procurar tratar-se, em nada o auxiliando a prevenir-se contra a infecção luética e as moléstias venéreas em geral, **ante às quais todos se expõem com a mesma imprevidência**" (Londres, 1941:78, grifo meu).

É interessante notar como, em relação às características de ubiqüidade e universalidade da *sífilis*, a homologia que, no plano das representações, poder-se-ia estabelecer entre os níveis intra e extra-orgânicos era percebida mais ou menos claramente pelos especialistas mais autorizados. Em 1918, o sifilógrafo Eduardo Rabelo afirmava que "juntando essa qualidade do espiroqueta de provocar lesões, por assim dizer **universais** no organismo humano e só nele como doença própria, à qualidade que é sua de ser talvez um dos poucos micro-organismos, talvez o único que **não encontra barreiras nos climas e nas raças**, poderemos compreender porque já foi ele chamado 'o mais notável dentre os germens'" (Rabelo, 1921:325, grifos meus).

Segundo Rabelo, absolutamente ninguém podia se considerar imune à doença, pois a *sífilis* teria guardado hábitos antigos de difusão, aqueles mesmos que, segundo o sifilógrafo, teriam feito Pantagruel dizer, "tanta era a certeza da contaminação, que os que não a tivessem neste mundo com certeza tê-la-iam no outro" (Idem). Em suma, para Rabelo, como

---

[12] Para maiores informações, ver adiante *Injeções, Pomadas e Conselhos*, cap. 4.

para tantos outros médicos do período, a *sífilis* deveria ser considerada inimigo comum de toda a humanidade, "em primeiro lugar porque é ubíqua e seu poder de propagação não encontra fronteiras" (Idem, 335).

Sífilis, o inimigo invisível

Obviamente, tais características de cronicidade, com longos períodos de remissão aparente, o poder de produzir múltiplas manifestações sintomáticas e a percepção de uma dispersão generalizada irão espelhar-se nos termos freqüentemente utilizados para descrever a atuação da *sífilis*. Entre eles, destaca-se a idéia da invisibilidade do mal, tão visceralmente relacionada à *sífilis*, em particular, e às *doenças venéreas*, em geral. O tema da invisibilidade me parece subordinado ao da ubiqüidade ou onipresença: se a *sífilis* se propaga tão amplamente é em grande parte por ser invisível.

A *sífilis* é uma doença que "mina surdamente", nos diz um médico em 1871 (Anônimo, 1871:26). Ou, como explicitava melhor Cláudio de Souza em 1906, uma doença que não "passa abertamente, dando tempo para a defesa", como as outras epidemias, mas que "**se disfarça** e, em eterna emboscada, espera uma distração para golpear" (Souza, 1906b:14, grifo meu). A *sífilis* e as outras *doenças venéreas* "matam sorrateiramente", como diz Renato Kehl em 1921. E, se são desconhecidas como "terríveis assassinas", se os leigos não as reconhecem como "as pragas mais terríveis que perseguem e infelicitam a humanidade", é porque "**agem por traição**, provocando outras doenças" (Kehl, 1921:5, grifo meu). Pode às vezes passar despercebida durante muitos anos, até irromper subitamente. É o caso da *sífilis assintomática da infância* que, ainda segundo Kehl, "evolui **sorrateiramente** para causar no adolescente ou no adulto uma lesão no coração, a idiotia, a epilepsia, ou a predisposição a morrer de qualquer infecção banal" (Idem, 29, grifo meu).

Na década de 1930, no âmbito de uma extensa campanha em prol da *educação sexual e antivenérea* promovida no Rio de Janeiro, aparecia um cartaz que, fazendo referência à queda dos pêlos provocada pela doença, intitulava-se explicitamente "o inimigo invisível". Trazia os seguintes dizeres: "Tal como uma tesoura invisível, o treponema pálido, micróbio da *sífilis*, **age sorrateira e insidiosamente**" (*Boletim de Educação Sexual*, ano VI, nº 2, 1936, p.4, grifo meu). Já em 1939, sob a pena do médico, comissário da Polícia Civil e adepto fervoroso do Estado Novo, Aristóteles Gonçalvez Mol, o treponema transformava-se em "verdadeiro espião que **mina** a mocidade viril, elemento do qual o Brasil necessita" (Mol, 1939:9, grifo meu). E, em 1940, ao pedir providências urgentes do governo, o sifilógrafo Joaquim Mota utilizaria praticamente os mesmos termos que Renato Kehl empregara vinte anos antes,

perpetuando uma mesma tradição: "**Doença sorrateira**, de ação subreptícia, já que as grandes devastações exteriores, outrora seu apanágio, passaram ao rol de seus feitos históricos, a sífilis com a maturação sofrida de geração a geração, **inutiliza e mata traiçoeiramente**, veneno quase secreto, que muita vez nem deixa traço para a identificação etiológica dos estragos que provocou. Assim se desenvolve e campeia, e sem alarde, sem provocar pavores, nem receios, não desperta reações vigorosas, nem inspira sequer a piedade platônica, que excitam muita vez males menos perigosos e mortíferos, mas mais impressionantes e comoventes" (Mota, 1941:42, grifos meus). Para Mota, como para outros médicos do período, por ser invisível, a *sífilis* deveria ser considerada um "inimigo perigoso", "dissimulado" e "insidioso" (Idem, 43).

O tema da invisibilidade do mal será abundantemente explorado pelo discurso e pela iconografia relativa à *luta antivenérea* no Brasil e no mundo, circulando incessantemente da doença aos próprios doentes: a doença que se oculta ao doente é também a doença que o doente oculta ou pode ocultar aos médicos e às pessoas que o cercam. Colocando o doente perante a sociedade, numa relação homóloga a que se supunha existir entre o treponema e o organismo, este raciocínio vai se tecendo lenta mas firmemente no âmbito do discurso médico. Em certo sentido, "preparava" ideologicamente o campo social para que medidas médico-sanitárias nada liberais pudessem ser adotadas, como efetivamente o foram em inúmeros países.

Já em 1910, criticando a imobilidade das autoridades brasileiras, o professor Tiago Guimarães revelava o deslizamento imperceptível do tema da invisibilidade da doença para o da invisibilidade dos doentes. Dizia que, na falta de um controle médico sobre a imigração, o governo consentia "na entrada dos parasitas da sífilis e da tuberculose **encobertos pela forma humana**" (in Fournier, 1910:14, grifo meu). Tomados pelo mal, os doentes passavam a não ser mais integralmente humanos. Tornavam-se simulacro, máscara com a qual a doença se disfarçava, penetrava e se difundia. Durante a Grande Guerra, baseando-se no fato de a doença se irradiar mais intensamente dos campos de batalha, Werneck Machado pedia ao governo "...as mais rigorosas medidas de defesa da nossa população contra esse novo gênero de indesejáveis [refere-se aos doentes ou às doenças?], **tanto mais perigoso quanto abroquelado que se mostra em geral sob a mais ilusória inocência e mesmo cativante das aparências**" (Machado, 1921:187, grifo meu).

À mesma época, Renato Kehl dizia que muita gente "**embora apresente a aparência sadia**, é portadora do terrível parasita, muitos com lesões ocultas". E alertava: "É preciso que deixemos bem patente que nem todos os sifilíticos trazem estampados os sinais evidentes do mal" (Kehl, 1921:39, grifo meu).

A invisibilidade tornava o *sifilítico* ainda mais perigoso, como assumia explicitamente o sifilógrafo francês Cavaillon, em 1931: "O sifilítico contagioso é um perigo social: ele é mais perigoso que um pestoso ou um colérico, **pois é contagioso secretamente**" (Cavaillon, 1931:39, grifo meu). Durante os anos 30, certamente contribuindo para o clima de suspeição generalizada que os médicos procuravam infundir, uma campanha em prol do exame médico pré-nupcial[13] fazia circular um cartaz no qual, superposto à clássica figura dos noivos enlaçados, aparecem duas caveiras e os dizeres: "Muita vez, debaixo de um véu de noiva ou de uma casaca de noivo, **traiçoeiros** se encontram de mãos dadas, tramando um pacto sinistro, germens de doenças terríveis que se transmitirão à prole desgraçando-a" (*Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº 3, 1935).

A idéia do mal oculto e ocultável irá ter, como veremos, impacto decisivo, embora contraditório, sobre certos aspectos da *luta antivenérea*. De um lado, principalmente depois do desenvolvimento do teste de Wassermann e dos que o sucederam, instigava alguns médicos a proporem testagens em massa. Ao menos para certas categorias sociais, como imigrantes, prostitutas, militares, domésticas etc., nas quais se acreditava que a doença estivesse mais disseminada. Fundamentava também a verdadeira obsessão de muitos sifilógrafos em identificar o *foco contaminador*, pois, como reconhecia um deles em 1946, "uma das maiores dificuldades encontradas para tornar o serviço menos trabalhoso e mais eficiente é, sem dúvida, a descoberta do novo foco" (Pereira, 1946:308). Como muitos pensavam, depois de identificados, tais *focos* deveriam ser colocados sob tutela do Estado até se tornarem inofensivos. Medidas como a obrigatoriedade do teste, da notificação da doença e do tratamento faziam parte desse esforço em trazer o mal à luz do dia e erradicá-lo.

Porém, de outro lado, a invisibilidade do mal fez também com que, durante certos períodos, a política em relação à doença tenha sido, ela sim, "insidiosa" e "sorrateira", buscando técnicas de intervenção mais amenas e cooptantes. Para muitos, como se verá, importava, antes de mais nada, não afugentar os doentes, que, através da educação e da persuasão deveriam, de certo modo, implicarem-se na *luta*, perseverando no tratamento e evitando novas contaminações. Nesse sentido, muitos médicos duvidavam da eficácia de medidas como a notificação obrigatória da doença e do isolamento e tratamento compulsório dos doentes. A primeira medida deveria ser evitada, como dizia Eduardo Rabelo em 1918, dado o fato da "extraordinária facilidade de serem dissimuladas as lesões mais

[13] A campanha era promovida pelo **Círculo Brasileiro de Educação Sexual**, cujas atividades serão descritas com maiores detalhes em *A Luta Antivenérea e Seus Modelos*, cap. 4.

virulentas e perigosas em relação ao contágio" (Rabelo, 1921:326). Quanto ao isolamento obrigatório, empregado amplamente quando se tratava da *lepra*, seria inviável no caso da *sífilis*, dizia um médico em 1946, visto "não ser possível isolar todos os sifilíticos em fase de contágio que, embora de pouca duração, é de fácil ocultamento" (Pereira, 1946:308). Nesse pólo, tudo se passa como se, não sendo mais possível fazer o corpo evacuar o *veneno* através do mercúrio, também não o fosse isolar e expulsar os doentes do "corpo social", ao menos coletivamente, como se fazia até o século XIX. Como os treponemas, eles parecem viver agora em "quase simbiose" com o "tecido social". Importa localizá-los, identificá-los e neutralizá-los ou esterilizá-los. A intervenção médico-social deveria ser constante, mas invisível. Qualquer suspeita de estigmatização ou de arbítrio podia ser catastrófica, fazendo com que a doença escapasse ainda mais integralmente das mãos daqueles que se julgavam os únicos a possuírem os meios técnicos para erradicá-la.

A Espécie Humana Sob Ameaça

A sífilis e a obliteração do futuro

O sifilógrafo Eduardo Rabelo dizia em 1918 que a gravidade, freqüência e difusão da *sífilis* já eram suficientes para torná-la um "problema alarmante", digno da atenção de todos. Porém, acrescentava, outros aspectos tornavam tal problema "realmente de resolução imperativa". Entre eles, destacava o mais importante: sua primazia "na destruição da raça futura, dados os efeitos da herança mórbida" (Rabelo, 1918:329). Não tenho dúvida de ter sido esta característica hereditária a que mais singularizou a *sífilis* perante todas as outras doenças infecciosas. Sua importância social e, portanto, o modo pelo qual, através dela, intervenções radicais e polêmicas puderam ser empreendidas permaneceriam um tanto incompreensíveis a um observador atual, caso não compreendesse com exatidão como *sífilis* e hereditariedade articularam-se a partir de finais do século passado. A transformação da *sífilis* no *problema venéreo* se deveu em grande parte ao fato de ela ter se tornado, enquanto doença do grupo de consangüíneos, da *família*, da *estirpe*, da *raça* ou da *espécie*, um capítulo

fundamental da reflexão sobre a *hereditariedade mórbida*,[14] que, desde meados do século XIX, girava em torno da noção de *degeneração* da espécie humana.

Diferentemente das epidemias, cuja atuação aparece classicamente adstrita a um plano sincrônico de onde a temporalidade parece ter sido abolida (elas são fulminantes ou *fulgurantes*, ou seja, agudas e passageiras), a *sífilis* se inscrevia no tempo. Individualmente, tudo se passa como se a sua pregnância nos espaços mais íntimos do corpo – a quase simbiose que, como foi visto, estabelecia-se entre o terrível treponema e os tecidos com suas células – permitisse à doença perseverar indefinidamente. Poder quase fantástico que aguçava a imaginação dos especialistas, fazendo Eduardo Rabelo declarar, por exemplo, que "talvez por sua forma de parafuso sem fim", o treponema "se enrosca e penetra nos estromas e parênquimas", tornando-se "perene e imortal" (Idem, 328). A *sífilis* parecia assim corporificar literalmente o tempo, pois inseria nos espaços orgânicos mais íntimos uma história, um passado, cujo peso determinava o presente e delineava o futuro do indivíduo contaminado.

Porém, não era apenas de um tempo individual que nos falava a doença, ou que se tematizava através dela. Como dizia um médico brasileiro do início deste século, apesar do desconhecimento de que ainda se cercava, a *hereditariedade mórbida* – que, além da *sífilis*, incluía a *nevropatia*, a *hemofilia* e o *alcoolismo* –, era "uma das questões mais aceitas na ciência moderna". Era, segundo ele, o "verdadeiro fiel da balança do estado físico individual", e, ao traçar "o modo de conduta do homem diante do meio em que nasce", escreveria "a história de cada um em particular **e, em geral, de cada família e de cada sociedade**" (Seabra, 1902:17-18, grifo meu). Assim, era justamente por não dizer respeito apenas aos indivíduos, perpetuando-se além deles, que a sífilis parece ter sido o mal **crônico** por excelência: tempo e *fatum*.

Como já foi dito, não era novidade na passagem do século o fato de a *sífilis* poder se transmitir dos pais aos filhos. Geralmente, atribui-se tal "intuição" a Paracelso. E é muito provável que tenha sido a idéia do *sangue corrompido* a operadora da conexão entre sua propriedade de onipresença no corpo humano e sua capacidade de, através da herança, inscrever-se em um tempo que não era mais o da vida de um ou de vários indivíduos. O sangue não era ao mesmo tempo o que estava presente em todo o organis-

[14] Na verdade, este reconhecimento é bastante recente. Para o historiador Alain Corbin, o fato de a discussão em torno da *hereditariedade sifilítica* revelar-se principalmente a partir da leitura de fontes médicas ou clínicas e não daquelas relativas à pesquisa fundamental dos biólogos, tem contribuído para a marginalização do tema entre os historiadores contemporâneos, interessados nas teorias sobre hereditariedade (Corbin, 1981:132).

mo e o que também se transmitia através da descendência, unificando uma estirpe? É bastante provável que, considerada uma "doença do sangue", a sífilis tenha sido mais facilmente percebida como espécie de legado imemorial transmitido dos pais aos filhos, como tantas outras características físico-morais que se reproduziam do mesmo modo, ao longo das gerações.

Infelizmente, não tenho dados suficientemente densos para aprofundar aqui essa linha de investigação. No meio erudito, as únicas evidências dessa conexão transparecem através de um panfleto educativo, escrito por volta de 1906 pelo médico Cláudio de Souza. Nele, como era comum quando se tratava de pressionar os poderes públicos a entrarem na *luta*, trata-se de explicitar os perigos até então desconsiderados ou desconhecidos da *sífilis*. O médico paulista procurava mostrar assim aos leigos que ela "...não é entidade mórbida vulgar, de efeitos limitados, não é uma entidade patológica passageira cujos efeitos também passageiros possam ser debelados em pequeno lapso de tempo, por uma terapêutica oportuna e racional, não é mal de caráter individual e de profilaxia restrita" (Souza, 1906b:11).

Dadas as suas dimensões, era problema coletivo que exigia a mobilização dos poderes públicos: "a sua propagação fácil, a sua disseminação larga e contínua, alarma a espécie e dá à sífilis um caráter de praga coletiva". Além disso, apoiando-se muito provavelmente em representações populares ou profanas, acrescentava: "**Sua infiltração no sangue da descendência das primeiras vítimas**, ganha-lhe um campo mais vasto de ruinoso domínio" (Idem, grifo meu). Mais adiante no mesmo panfleto, ao comparar a *sífilis* com outras epidemias, Cláudio de Souza voltava a apontar para este "trabalho lento, insidioso, ininterrupto", através do qual a *sífilis* dizimaria sempre, "gerações sobre gerações", adoecendo ou enfraquecendo as linhagens: "Apanha hoje o homem, amanhã a esposa, depois de amanhã o filho. A peste passou ontem pelo nosso país, tirou a vida ao vosso pai, a vossa mãe, a um, a outro, e desapareceu. Nada sofrestes com ela. A sífilis apanhou ontem o vosso pai, **infiltrou-se em vosso sangue**, logo que fostes concebido, e amanhã **irá infiltrar-se no sangue de vosso filho**... Qual das duas é pior?" (Idem, 13, grifos meus). Opção realmente bizarra que, além de mostrar como no meio erudito a linguagem do sangue era ainda utilizada até o início do século para se falar de hereditariedade, revela também o plano eminentemente diacrônico no qual a percepção da *sífilis* operava, quando comparada a outras epidemias ou endemias. Não há qualquer razão lógica ou biológica para a *peste* ter passado "ontem" e ter levado apenas os ascendentes, poderia muito bem ter atingido filhos e netos. Obviamente, ao suprimir determinado número

de vidas, qualquer doença suprime, por antecipação, toda descendência futura dos atingidos. Entretanto, como veremos, não era o que à época se pensava, pois a *peste* passa, mas a *sífilis* permanece.

Se as doenças epidêmicas não eram mais perigosas, tampouco, justamente por não serem transmitidas "pelo sangue" ou "hereditariamente", como já se dizia então, o seriam doenças endêmicas graves e mesmo de curso mais lento, como a *tuberculose*. Em palestra proferida por volta de 1908, na Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro, o sifilógrafo Werneck Machado escolhia exatamente este ponto para raciocinar comparativamente: "Além de ser uma doença eminentemente contagiosa, imediata e mediatamente, a sífilis é hereditária. E a tuberculose? Contagiosa, mas não hereditária" (Machado, 1915:55). E, se como diz, "propagando aos que rodeiam a sua doença, como o tuberculoso", o *sifilítico* é, entretanto, "mais pernicioso que aquele", isso se devia ao fato de "transmitir seu vírus fatal aos descendentes" (Idem). Assim, o *sifilítico* não "comprometia" ou "hipotecava" apenas o seu futuro, mas também "a integridade vital de sua descendência" (Souza, 1906b:11).

Desde finais do século XVIII, os médicos vinham insistindo no terrível impacto da *sífilis* sobre a prole. Impacto que encareceriam progressivamente ao longo do século XIX. Em 1880, o mestre Fournier já havia apresentado os seus números: dois mortos em cada três filhos de pais *sifilíticos* acompanhados em sua clínica privada e, na clínica hospitalar, a proporção subia para sete mortos em cada oito nascimentos. Como foi visto, em 1918, Eduardo Rabelo responsabilizava a *sífilis* por 80% de todos os casos de *debilidade congênita*, e por 60% de todos os casos de mortinatalidade. Para Rabelo, teria sido na 1ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e das Doenças Venéreas, realizada em Bruxelas em 1899, que os especialistas haviam podido chamar a atenção do público e dos governos para a dimensão hereditária do mal. Nela, segundo diz, "com as estatísticas nas mãos", Fournier provara que a doença "trazia conseqüências desastrosas para a prole e portanto para o futuro das nações. Nos primeiros anos da infecção ela atinge um fastígio de nocividade além de tudo o que se pudesse crer: em noventa gestações que pode seguir, cinqüenta terminaram pelo aborto ou expulsão de nati-mortos; 38 pelo nascimento de seres que rapidamente morreram e duas vezes, somente, vieram à luz crianças que sobreviveram, ainda assim sem a garantia que a infecção não viesse a aparecer tardiamente" (Rabelo, 1921:329).

Porém, até a segunda metade do século XIX, acreditava-se que a *sífilis* transmitia-se apenas à primeira geração e somente enquanto doença específica, ou seja, era grande a probabilidade de os filhos de *sifilíticos*

nascerem com sintomas particulares da doença. A segunda geração estaria a salvo, a menos que os pais readquirissem a moléstia. Entretanto, algo aconteceria no final do século XIX que, para além dos abortos, da mortinatalidade ou da contaminação dos filhos pelo treponema, potencializaria incrivelmente as nefastas conseqüências da *sífilis* sobre a descendência, contribuindo decisivamente para que fosse transformado em grave problema de saúde pública, do qual dependia, conforme se dizia, o "futuro das nações". "Algo" que se produziria no entrecruzamento da reflexão sifilográfica com a até então independente reflexão sobre a *degeneração* ou *abastardamento* da espécie humana. Como atesta Alain Corbin, as fontes clássicas do século XIX sobre a hereditariedade mórbida[15] silenciavam quanto à possibilidade de a *sífilis* ser fator de *degeneração* da espécie. Fato que lhe parece mesmo supreendente, pois, conforme diz, desde a Renascença, os sábios estavam convencidos da transmissibilidade hereditária da doença (Corbin, 1981:131; 1988:340).

O caráter recente das idéias que relacionavam *sífilis* e *degeneração* foi percebido claramente por um médico brasileiro, na virada do século. Em sua tese, apresentada em 1906 à Faculdade de Medicina da Bahia, escrevia: "Se a sífilis é um velhinha de faces cor de cera, entanguida na história, **talvez por isso mesmo tornou-se matéria de atualidade, criança buliçosa, uma vez confirmada e reconhecida como fator de degeneração dos povos...**" (Silva, 1906:8, grifo meu). Esta era a grande novidade do momento. Mas, o que se queria dizer exatamente quando se afirmava ser a *sífilis* um fenômeno da *hereditariedade mórbida*, um fator de *degeneração* ou *degenerescência* da espécie? E como se pôde chegar a tal conclusão?

"Quem sai aos seus, não degenera..."

Característica do século XIX, a reflexão erudita sobre a *hereditariedade mórbida* prende-se fortemente ao conceito de *degeneração*, de grande impacto principalmente nas áreas da psiquiatria, da antropologia-criminal e da criminologia.[16] A definição mais precisa e divulgada do conceito

---

15 Trata-se das obras de Prosper Lucas, *Traité philosophique et phisiologique de l'hérédité naturelle*, 1847-1850, de Moreau de Tours, *Mémoire sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiopatie et de l'imbécilité*, 1853 e de Benedict Morel, *Traité des dégénérescence de l'espèce humaine*, 1857.

16 Muito recentemente, as pesquisas em torno da noção de *degeneração* se avolumaram. Com abordagens diversas, dela se ocuparam Ny (Ny, 1984), Pick (Pick, 1989) e vários outros autores cujos trabalhos foram reunidos por Chamberlin e Gilman (Chamberlin & Gilman, 1985). Interessado no surgimento dos manicômios judiciários e nas relações entre crime e loucura na passagem do século, também abordei a noção em trabalhos anteriores (Carrara, 1988; 1991 e 1992).

foi formulada pelo psiquiatra francês Benedict Morel, em seu *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces varietés maladives*, publicado em 1857.

É verdade que, antes da apropriação moreliana, a noção já vinha sendo manipulada por filólogos, etnólogos e naturalistas que, defensores da unicidade original da espécie humana – *monogenismo* –, procuravam reconstituir os caminhos por onde, desde o casal primordialmente criado por Deus, as diversas línguas e raças humanas teriam se desenvolvido, tomando as feições contemporâneas (Stocking Jr., 1979:cap.I). A originalidade de Morel foi justamente relacionar a *degeneração*, significando alteração do tipo antropológico ou do biotipo do *homo-sapiens*, com a patologia. Baseando-se explicitamente em doutrinas cristãs e reatualizando implicitamente idéias de filósofos do século XVIII, Morel partia do princípio de que, criado por Deus, o homem era originalmente um ser perfeito. Com a primeira falha moral (o *pecado original*), a humanidade teria ficado a mercê de um conjunto de circunstâncias que, relacionadas ao ambiente físico-natural e sociomoral, teriam o poder de corromper os seus sistemas vitais. Atingindo principalmente o sistema nervoso, tal processo de degradação estaria na origem de uma infinidade de perturbações físico-morais. Os efeitos de tal corrupção seriam hereditariamente transmitidos aos descendentes como um conjunto de defeitos, progressivamente mais graves ao longo de gerações sucessivas. Apontando com precisão a diferença de significado da noção de *degeneração* nos séculos XVIII e XIX, Foucault não deixa entretanto de afirmar que "Morel, em seu *Traité des dégénérescences*, partirá dos ensinamentos que o século XVIII transmitiu-lhe: para ele, como já para Tissot, o homem degenera a partir de um tipo primitivo, e isto não sob o efeito de uma degradação espontânea, de um peso próprio à matéria viva, porém, muito mais provavelmente, sob a influência das instituições sociais em desacordo com a natureza, ou ainda como conseqüência de uma 'depravação da natureza moral'. De Tissot a Morel uma mesma lição se repete, que atribui ao meio humano um poder de alienação onde não se deve ver nada além da memória de tudo aquilo que, nele, mediatiza a natureza" (Foucault, 1978:373).

Assim, espécie de conceito **antropopatológico**, a *degeneração* foi definida por Morel como conjunto de "desvios doentios do tipo normal da humanidade que, transmissíveis hereditariamente, evoluem progressivamente em direção à decadência" (*apud* Genil-Perrin, 1913:54). Como já pude afirmar em outro momento, o pensamento de Morel pode ser caracterizado como "antievolucionista", tanto nos termos do "transformismo" de Lamarck quanto nos termos do "evolucionismo" que, no mesmo momento, estava sendo elaborado por Darwin e Wallace (Carrara, 1988).

Ora, para Morel, qualquer "variação" da espécie humana em relação ao tipo primordial perfeito só poderia ser encarada negativamente, enquanto variação mórbida ou, ao menos, no sentido de uma inferioridade biológica, mas nunca no sentido de uma maior adaptabilidade. Apesar disso, é inegável, em suas formulações, a presença de alguns pressupostos "transformistas", principalmente o da hereditariedade dos caracteres adquiridos.

Em 1913, na sua excelente história da idéia de *degenerescência* em medicina-mental, o psiquiatra francês Genil-Perrin afirmava que a formulação de Morel assentava-se sobre dois pressupostos básicos. O primeiro dizia respeito à unicidade do ser humano enquanto entidade simultaneamente física e moral (*monismo*). O segundo, à crença na *hereditariedade mórbida*, mais especificamente na *hereditariedade dessemelhante* ou *heteromorfa* que permitia pensar que uma doença ou anomalia dos ascendentes engendraria nos descendentes doenças e/ou anomalias diferentes e mais graves. Da articulação dos dois pressupostos, concluía-se não apenas que caracteres físicos e morais eram hereditariamente transmitidos, mas que um distúrbio físico em gerações anteriores podia engendrar, nas gerações futuras, perturbações até então consideradas eminentemente de ordem moral, como a *loucura* ou a *tendência* ao crime. Inversamente, o comportamento imoral de um ascendente podia comprometer a saúde de toda uma estirpe.

Tratava-se, como se vê, de uma espécie de mal muito singular. Em primeiro lugar, a *degeneração* não se reduzia simplesmente a mais uma doença, historicamente datada. Era uma teoria de largo escopo cujo estatuto epistemológico pode ser comparado, do ponto de vista de uma história do pensamento médico, aos das teorias miasmáticas ou contagionistas, com as quais conviveu durante certo tempo. Se continuou vigente por quase meio século depois que as duas outras foram, com o advento da chamada "revolução pasteuriana", descartadas ou reformuladas foi, em parte, graças à reelaboração que seria procedida na área da sifilografia.

A teoria da *degeneração* pretendia explicar a própria emergência do mal biológico, de suas causas eficientes. Investigava a predisposição de certos indivíduos a desenvolver determinado tipo de males. Espécie de teratologia mórbida, surgia como uma reflexão que incidia sobre o *terreno*: o indivíduo e sua constituição. E também sobre o preparo desse *terreno*, sobre a lenta metamorfose de sua natureza no sentido de uma degradação, corrupção ou inferiorização biológica. Para tanto, explorava-se, de um lado, uma ordem de causalidade externa ao indivíduo, referida às condições gerais de vida e moralidade de uma determinada população: alcoolismo, alimentação precária, profissões insalubres, excessos sexuais etc.

Fatores que atingiam o organismo como um enfraquecimento progressivo, como uma lenta impregnação e desorganização. De outro lado, enfatizava-se também uma ordem de causalidade interna ao próprio indivíduo, que nada mais seria senão a herança recebida pelos descendentes das alterações orgânicas que os condicionantes externos haviam imprimido nos antepassados. Os descendentes de alcoólatras, miseráveis, criminosos etc., muito provavelmente receberiam como legado um organismo anatômica e fisiologicamente alterado, uma *tara* que os predispunha a uma infinidade de males físico-morais.

Assim, quando aplicada a indivíduos concretos, a teoria da *degeneração* buscava sobretudo refletir sobre sua natureza, sobre os atributos que os distanciavam da norma biológica, social e moral. Era uma espécie de "juízo de condição": os *degenerados* eram indivíduos que, desde o nascimento, caracterizavam-se por um comportamento imoral, bizarro, irracional, insano ou singular; por uma constituição física débil ou defeituosa. No nível mental, tal condição inalterável ou incurável podia ser percebida tanto sob as manifestações bastante visíveis da *idiotia*, da *imbecilidade* ou da *debilidade mental*, quanto sob as manifestações bem mais sutis e quase imperceptíveis dos tiques, das manias, dos vícios. Ao longo do século XIX, é importante lembrar, foi através da noção de *degeneração* que o axioma do livre arbítrio foi colocado mais seriamente em xeque, pois as ações humanas, principalmente aquelas que, por serem desviantes, pareciam ser a conseqüência mais concreta de uma vontade livre e soberana, passaram a ser vistas como biologicamente determinadas. Emanações imediatas de uma organização física e mental defeituosa ou anômala.

Externamente, essa *tara* ancestral, determinante de todo o comportamento humano, manifestava-se através dos *estigmas* da *degeneração*. Em primeiro lugar, deformações cranianas e faciais: microcefalia, achatamento do diâmetro ântero-posterior, lábios leporinos, aderência dos lóbulos da orelha, proeminência da região frontal, abóbada palatina ogival, assimetria facial, implantação viciosa dos dentes ou ausência da segunda dentição, dedos supra-numerários, mancinismo etc. Além disso, anormalidades no desenvolvimento dos órgãos genitais, puberdade tardia, fecundidade diminuída etc.

Nos quadros do pensamento evolucionista da segunda metade do século XIX, a noção incorporou ainda novos significados. Desvinculando-se estritamente da patologia, além de *degradação*, passou a também denotar um processo de *involução* a estágios anteriores do desenvolvimento físico-moral. Tornou-se, finalmente, com o famoso médico italiano Césare Lombroso, fenômeno de *atavismo*, através do qual ele e seus discípulos procuraram atestar cientificamente a existência dos célebres

criminosos-natos.[17] Nesse sentido, passou a designar um processo de perda dos costumes civilizados. Significava então *regressão* e *atraso*. Sem perder totalmente o sentido de *abastardamento* e *degradação*, passou a denotar fundamentalmente *parada de desenvolvimento* em estágio de evolução anterior. Era o *retour du revennant*, como formulavam os franceses.

A teoria da *degeneração* nos falava, portanto, de um processo de desumanização ou animalização, tendo se constituído em extensa reflexão sobre os limites do humano e sobre sua definição. Era princípio natural de produção de desviantes, cuja humanidade começava então a ser contestada. Seres biologicamente parecidos aos seres humanos, mas, em profundidade, diferentes, anômalos, monstruosos. Explicitamente, tratava-se de constatar sua existência, descrevê-los, classificá-los, estudar sua anatomia, sua fisiologia, seu psiquismo e determinar o grau de seu distanciamento do representante típico da espécie. Além disso, tratava-se de estabelecer os processos através dos quais reproduziam-se e os meios para reconhecê-los em meio à massa, separá-los, individualizá-los e, eventualmente, eliminá-los.

Seres demasiadamente singulares, excessivos, excêntricos, originais. Geralmente, perigosos e repugnantes, porém, nem sempre. E o que torna a noção ainda mais complexa é o fato de, secundariamente, ter também sido aplicada a tipos sociais com alguns atributos positivos potencializados. Toda a discussão em torno do caráter degenerativo da *genialidade*, de Moreau de Tours a Lombroso, alerta para o fato de não se estar diante de uma teoria que procurava explicar apenas os desvios da norma socialmente considerados negativos. Tinha pretensões maiores e, num certo nível, podemos considerá-la como uma espécie de teoria geral sobre a gênese da **singularidade**, sobre a emergência de qualquer diferença relativamente ao representante considerado típico de uma espécie. Nesse sentido, é importante notar que a teoria da *degeneração* fazia uma leitura muito particular do darwinismo, tratando a espécie enquanto organismo, assimilando as leis de conservação deste às daquela. Se podemos pensar o critério

[17] Nas últimas décadas do século XIX, Lombroso e seus discípulos fundaram a chamada Escola Positiva de Direito Penal, cujo programa era justamente reformar os princípios liberais do direito a partir das novas idéias biodeterministas. Se os homens não possuíam livre arbítrio, principalmente quando se tratava de criminosos, não haveria porque julgar ou condenar. Os tribunais não deveriam mais avaliar um ato e atestar sua autoria, mas examinar um indivíduo e estabelecer o grau de sua *periculosidade*. Teoricamente, através do exame antropológico, um homicida eventual podia ser considerado menos perigoso que um ladrão de galinhas e ser objeto de uma intervenção legal menos definitiva e severa. As profundas conseqüências do impacto desse tipo de raciocínio na estruturação e funcionamento das instituições jurídicas e penais liberais têm sido objeto de inúmeros trabalhos no Brasil (ver, entre outros, Correa, 1982; Fry, 1985; Fry & Carrara, 1986; Carrara, 1988).

de "saúde" de uma espécie justamente como sua capacidade de diversificação, de produção de desvios a partir de um tipo; os critérios de saúde do organismo são, ao contrário, a possibilidade de manter suas funções dentro dos padrões de normalidade, evitando os desvios excessivos aquém ou além da norma fisiológica. Assim, enquanto o darwinismo original (conforme lido atualmente) parecia ser antes uma valorização da diferença e da mutação, a teoria da *degeneração*, embora marcada pelo evolucionismo, expressava o fascínio pela identidade. Todos os que se distanciassem do homem médio ou que apresentassem comportamentos excessivos em relação ao normal acabavam sendo naturalmente (ou deveriam sê-lo socialmente) eliminados. A conservação da espécie era entendida como a manutenção através das gerações de seus caracteres típicos.

Assim, o processo de *degeneração*, ao se generalizar, desenhava a possibilidade de uma tragédia a um só tempo biológica e social que, seja pela extinção do *homo-sapiens*, seja pelo seu rebaixamento no quadro hierárquico das espécies, apontava para a possibilidade de um devir-outro, coletivo ou societário. Além disso, como não deixam de ressaltar os autores que têm trabalhado com a noção, a teoria da *degeneração* propiciou também uma espécie de "antropofagia simbólica", através da qual o "outro", *bárbaro*, *primitivo* ou *selvagem*, deixou de ser um colateral distante, infeliz ou não, para ser o ancestral, a base sobre a qual e contra a qual a civilização se construía (Pick, 1989).

Segundo as teorias evolucionistas em voga, o *primitivo* era predominantemente capturado no interior de uma representação que falava de um mundo de trevas, de ausência de civilização e de cultura, onde reinavam a escassez e o medo. Onde os princípios religiosos se reduziam a um conjunto de seres fantásticos ou nebulosos e os princípios do direito eram rudimentares ou inexistentes. Mundo da guerra, das culpas coletivas, imerso na violência. Momento da história da evolução humana no qual o homem, ou não compreendia, ou compreendia mal o universo que o cercava, todo entrelaçado por estranhas participações, minado de bolsões de irracionalidade e confusão. Mundo do desconhecimento básico das regras de higiene, do sofrimento, da seleção dos físicamente mais aptos e, portanto, do império dos mais fortes. Mundo do transe e da luxúria, da poligamia e de casamentos promíscuos, do império das paixões e da ausência de autocontrole. Através da teoria da *degeneração*, esse outro mundo não estava mais nas fronteiras do mundo civilizado. Surgia e ressurgia na paisagem das grandes metrópoles, na pele de uma variada hoste de *regressivos*. Traços desse estágio nascente da civilização ainda rondavam o mundo

moderno, como se pensava naquele momento. Estavam presentes entre os pobres, estavam no mundo do crime, manifestavam-se através da *loucura*. Encontravam-se disseminados entre os negros, mas também eram cultivados pelos ricos e aristocratas. Estavam nas zonas do meretrício e, em finais do século XIX, como veremos, passaram a se propagar através da *sífilis*.

Assim, a noção passou a ser utilizada como critério para a avaliação de indivíduos e grupos sociais mais ou menos amplos que viviam no interior da chamada civilização. Foi fundamental para que toda uma extensa e complexa rede simbólica passasse a estabelecer uma comunhão profunda entre o *primitivo* e algumas categorias sociais desviantes que, por seu comportamento e valores, representavam uma ameaça sempre constante de volta à barbárie, de uma *degeneração* da espécie. Transformou-se em núcleo articulador de uma teoria médico-antropológica que por mais de cem anos (até pelo menos a Segunda Grande Guerra) configurou as representações e, em larga medida, determinou as atitudes das sociedades ocidentais ante as diferenças sociais que emergiam dentro de seus próprios limites, engajando-as em um processo que Pick designa com propriedade de *self-colonization* (Pick, 1989:40). Marcou a reflexão científica que se fazia em torno de uma multiplicidade de "objetos" a que historicamente se ligou e cujos perfis sociais ajudou a delinear: o *criminoso*, o *louco*, o *gênio*, o *homossexual*, o *judeu*, o *mulato*, a *prostituta*, o *libertino*, o *venéreo*. Em algum momento, todos eles foram acusados de *degenerados* e de causadores da *degeneração* da espécie ou da raça, pagando por isso pesado tributo. Anormais, sem dúvida, cujas ações "extravagantes" eram explicadas por uma suposta anomalia orgânica (geralmente comprometendo o sistema nervoso) recebida como legado ancestral e inexoravelmente transmitida à descendência, com agravamento progressivo. Mais que uma situação doentia, a *degeneração* designava uma condição anormal permanente, irreversível e progressiva, colocando seus portadores em posição de inferioridade biológica irremissível perante os outros homens. Assim, incorporavam individualmente uma trajetória de *degradação* ou de *regressão biológica* que, ao se generalizar através da hereditariedade, comprometia toda a espécie, ameaçando-a com a extinção ou com o retorno a estágios anteriores de evolução física e moral.

E o mais inquietante: dialeticamente, eram algumas das mais "belas" conquistas da *modernidade* de então que passavam a ser apontadas como estopim do processo de *degeneração*. A vida na metrópole, o trabalho na grande indústria, a incorreta ou exagerada interpretação (como

diriam alguns) das liberdades e direitos individuais[18] etc. seriam os verdadeiros responsáveis por essa multiplicação de criaturas inúteis, indesejáveis e ameaçadoras. Como dizia o dermatologista e psiquiatra brasileiro Juliano Moreira, a *degeneração* seria uma espécie de "deslizamento" em uma "quebrada resvaladiça que **margina a estrada do progresso**" (Moreira, 1899:112, grifo meu). Neste sentido, toda a configuração da *degeneração* pode ser lida como manifestação de um pensamento de tipo conservador.[19] Efetivamente, não deixava de apontar para o avesso das utopias progressivistas. No correr do século XIX, contra a fé cega no progresso e na civilização, desenhava-se também uma atitude de suspeita, de alerta e de crítica. Como diz Stocking (Stocking Jr., 1987:16), os exemplos de decadência dos povos e sociedades eram muito mais visíveis do que a possibilidade de um infindável progresso (como queria o evolucionismo spenceriano) ou de um eterno e equilibrado apogeu (como, de certo modo, prometiam as utopias comtiana, durkheimiana ou marxista).

Obviamente, apesar do parentesco, a teoria da *degeneração* constituía-se em variante bastante peculiar de uma crítica social conservadora mais ampla. Muito diferente, por exemplo, do tradicionalismo católico ou do conservadorismo romântico. Historicamente, nada lhes foi tão oposto e antagônico, apesar das conexões que hoje poderíamos ser tentados a estabelecer. Antes de mais nada, porque toda essa enorme configuração ideológica caracterizava-se por ser socialmente considerada científica. Como vimos, apoiava-se explicitamente na reflexão da biologia e das diferentes ciências da vida. Tratava do fenômeno da *hereditariedade mórbida* e dos males individuais e coletivos que poderiam advir da alteração básica dos caracteres da espécie. Não criticava a civilização em si, mas apenas alguns de seus aspectos e tencionava salvá-la através de suas próprias conquistas, ou seja, através de uma intervenção esclarecida, objetiva, científica. Assim, se os teóricos da *degeneração* caracterizavam-se pela crítica a aspectos fundamentais da modernidade ou civilização (exacerbação do individualismo, da tolerância etc.), aproximando-se de críticos de outra estirpe, comungavam com defensores dessa mesma civilização de uma profunda crença na ciência. Ao romantismo, as teori-

[18] Um dos principais alvos dos teóricos da degeneração foi a metafísica liberal que instituíra o primado da liberdade individual, em nome da qual, segundo postulavam, era permitido aos cidadãos desconsiderarem os interesses mais amplos da sociedade e da espécie, em nome dos interesses e prazeres individuais. Era o extremado culto ao indivíduo que levava aos comportamentos excessivos ou desregrados, à desorganização social, à decadência.

[19] Numa análise mais ampla do que aquela que me proponho aqui, a literatura sobre a *degeneração*, científica ou literária (no sentido corrente do termo), deveria ser contextualizada no interior de toda a enorme produção pautada pela crítica à civilização, em toda a sua *grandeur* francesa, e da modernidade.

as degeneracionistas do século XIX opunham-se sobretudo no que ele podia representar de exacerbação do individualismo, da valorização da singularidade individual, da autonomia do sujeito ou de sua liberdade fundamental.

A idéia de *degeneração* já era bastante conhecida nos meios científicos, literários e mundanos, no final do século XIX. Penetrou nos tribunais, na imprensa, no discurso político e na linguagem cotidiana. Como dizia Genil-Perrin em 1913: "De todas as palavras de nossa linguagem especializada, não há talvez nenhuma que tenha se popularizado tanto" (Genil-Perrin, 1913:9). Não há dúvidas quanto ao fato de as idéias degeneracionistas terem deixado profunda marca na paisagem institucional do Ocidente, justificando o aparecimento de uma extensa rede de intervenções sociais. Durante várias décadas, a esterilização de anormais, o racismo de Estado, a luta contra o alcoolismo e outras drogas, o combate à prostituição e certas formas especiais de controle para algumas categorias de delinqüentes apresentaram-se como os meios mais seguros para implementar a urgente tarefa de salvar a humanidade (ou algumas de suas raças) de um colapso que se acreditava iminente. Também a *luta antivenérea* deve ser considerada fundamentalmente como uma das dimensões da luta mais ampla contra a *degeneração*, pois, a partir da passagem do século, a *sífilis* será uma de suas mais importantes causas. É como causa da *degeneração* que a *sífilis* deixaria de ser uma doença de indivíduos para ser uma doença da raça ou espécie, adquirindo um valor propriamente social e se oferecendo como importante ponto de articulação de discursos nacionalistas.

Sífilis e degeneração

Em finais do século XIX, a problemática da *sífilis* cortou como que transversalmente a já então robusta e complexa discussão oitocentista relativa à *hereditariedade mórbida* ou *degeneração*, traduzindo-a para uma nova linguagem: a linguagem da bacteriologia, com seus microorganismos, seus corantes, seus microscópios e seus testes. Duplo movimento que, de um lado, fez com que a discussão sobre a *hereditariedade mórbida* e, portanto, sobre o melhoramento racial participasse da modernidade pasteuriana e, de outro, com que se multiplicassem infinitamente os perigos da *sífilis*. O grande operador dessa tradução parece ter sido Alfred Fournier. E podemos muito bem acompanhar seu trabalho através do famoso e influente livro *Syphilis et marriage*, publicado em 1880. As idéias aí expostas serão acatadas e reproduzidas incessantemente pelos sifilógrafos brasileiros durante o período coberto por esta pesquisa.

Primeiramente, contra a opinião de vários especialistas da época, Fournier vai reafirmar a idéia mais antiga de que, além da muito mais freqüente transmissão congênita, através da qual a mãe infectada transmitia a doença ao feto durante a gravidez, haveria também uma transmissão propriamente hereditária que, através de mecanismos então misteriosos, fazia com que o pai *sifilítico*, isento de lesões contagiantes, pudesse contaminar diretamente o feto sem, entretanto, haver contaminado previamente a esposa. Supunha mesmo que o feto assim contaminado pudesse, ao longo da gestação, contaminar a mãe, previamente sadia. Contra os que já defendiam a idéia de não haver criança *sifilítica* sem mãe que também o fosse e apoiando-se explicitamente na idéia da onipresença da moléstia, Fournier raciocinava: "Antes de mais nada, abordando o tema do ponto de vista da teoria pura, como admitir um instante sequer que o estado de um pai sifilítico possa ser inofensivo para sua progenitura? Ora, se a todo momento vemos de modo claro a herança paterna se traduzir nos filhos através de inumeráveis semelhanças de toda ordem, se a vemos se manifestar por analogias físicas e morais, e mais ainda por analogias patológicas as mais evidentes, como poderíamos acreditar que essa herança não ocorreria com a sífilis, doença diatética por excelência, crônica por excelência, **impregnando tão profundamente o organismo que tem a dupla liberdade de afetar todos os sistemas e de desenvolver suas manifestações a qualquer momento, sem prazo certo, em trinta, quarenta ou cinqüenta anos depois de sua irrupção!** Uma doença destas seria indiferente hereditariamente do pai ao filho! (Fournier, 1880:36-37, grifo meu).

Em segundo lugar, através dessa misteriosa forma de propagação, raramente o que se transmitia era a *sífilis* enquanto doença específica. Para Fournier, a hereditariedade paterna produzia, antes de mais nada, uma "inaptidão à vida". Tal inaptidão poderia ser radical, implicando a morte dos filhos no útero ou nos primeiros dias de vida. Ou relativa, em caso de sobrevivência, pois a descendência exibiria uma constituição orgânica "enfraquecida", "empobrecida", "delicada", "inferior à média normal", uma "degeneração nata", marcada por "vícios constitucionais, predisposições mórbidas (principalmente para perturbações nervosas), decadência, má-formação congênita e paradas de desenvolvimento". Segundo diz, "expressões modificadas, transformadas da hereditariedade específica" (Idem, 46-52). Todas as características atribuídas à *degeneração* e aos *degenerados* por psiquiatras e antropólogos aqui aparecem como sendo de origem *heredo-sifilítica*.

No mesmo livro, ao tratar das conseqüências da *sífilis* no caso de ambos progenitores estarem contaminados, Fournier voltava a abordar a questão. Primeiramente, ele separava a possibilidade de aborto ou de trans-

missão da *sífilis* propriamente dita, fatos "patentes", "bem estabelecidos cientificamente", sem "contradita possível", segundo escrevia. Porém, havia ainda uma terceira alternativa, apresentada por Fournier com muito cuidado, pois estaria aí tocando num dos "pontos mais difíceis e delicados da patologia". Tratava-se justamente da possibilidade de a *sífilis* produzir na descendência "manifestações ou tendências que não se enquadram nos sintomas clássicos da doença". Apesar das discussões que cercavam esta "hereditariedade mórbida dessemelhante", confessava Fournier... "minha posição está tomada – perguntem-me sobre esse problema que tem me preocupado há tempos e o qual tenho estudado com minuciosa atenção. Eu responderei que depois de haver duvidado eu não duvido mais, e a minha convicção atual é de que a influência sifilítica dos progenitores não se traduz sobre os filhos apenas através de sintomas de ordem sifilítica, mas também por estados mórbidos, por disposições mórbidas que não têm mais nada de sifilítico em si, mais nada a ver com a sintomatologia clássica da *vérole,*[20] *que* lhe são mesmo completamente diferentes, não deixando entretanto de constituir expressões modificadas do estado diatésico dos ascendentes, não deixando menos de constituir, se posso dizer assim, uma espécie de descendência indireta da *vérole*" (Idem, 60-61).

Temos assim uma das grandes "contribuições" de Fournier. Apoiando-se no mesmo princípio da *hereditariedade mórbida dessemelhante* de Morel – que já havia impregnado áreas importantes da reflexão médica –, ele afirmava que, hereditariamente, a *sífilis* poderia produzir não só outras moléstias, mas ainda um conjunto variado de anomalias ou de defeitos. Dito de outro modo, Fournier defendia a idéia de que a *sífilis* constituía-se em espécie de mediadora entre patologia e teratologia: uma moléstia que, agindo de um modo não esclarecido sobre o "germe" (esperma ou óvulo), tornava-se um princípio teratológico com poder de alterar o próprio biotipo da espécie ao longo das gerações, fazendo com que *degenerasse*.

Como se vê, o historiador Alain Corbin parece ter toda a razão quando afirma que Fournier inaugurou "a idade de ouro da teratologia sifilítica" (Corbin, 1977:249). Se não foi ele o primeiro a relacionar *sífilis* e *degeneração*, foi o que o fez de maneira mais eficaz e persuasiva. Na ausência de um modelo mais eficiente para explicar o modo pelo qual a *sífilis* corrompia o "germe" ou "plasma germinativo" (diríamos hoje, o *código genético*), fato que Fournier acreditava evidenciar-se a partir de sua experiência clínica, ele lançava mão de um raciocínio dedutivo. Assim, racio-

[20] *Vérole* é um dos sinônimos da *sífilis,* que não parece ter sido aqui empregada por Fournier sem razão. Um dos criadores da então moderna sifilografia, não deixava de estar marcando sua diferença dos partidários da *vérole*, ou da antiga *sífilis* ou, dito de outro modo, do antigo modo de se conceber a doença.

cina: se a *sífilis* é "une maladie de tout l'êtrê", "...se é suscetível de provocar perturbações a um só tempo tão profundas e complexas no organismo que afeta, o que haveria de supreendente no fato de a hereditariedade refletir essas disposições mórbidas variadas sobre o produto da concepção, sobre a criança gerada por pais sifilíticos?" (Fournier, 1880:62).

Contrariando seu mestre Ricord e outros médicos da primeira metade do século XIX, que não acreditavam na possibilidade de a *sífilis* ser transmitida hereditariamente à segunda geração, Fournier passou a defender a idéia de que os filhos de pais *sifilíticos*, por sua vez, *corrompiam* seus próprios filhos. A *sífilis* adquirida pelos pais tornava-se *caráter adquirido* nas gerações sucessivas, manifestando-se através de uma infinidade de sinais e sintomas. Depois disso, alguns sifilógrafos iriam disseminar a idéia de que as conseqüências da *sífilis* podiam se fazer sentir até a quarta ou mesmo até a sétima geração.

Para Corbin, foi principalmente a partir dos trabalhos de Fournier e de seu filho, Edmond, que os médicos passaram a atribuir à *sífilis* "quase todas as má-formações, quase todas as monstruosidades" (Corbin, 1977:249), contribuindo para que a doença adquirisse um aporte verdadeiramente antropológico. Foi em parte graças a eles que se tornou cientificamente correto dizer-se que a *sífilis* era um dos principais fatores de *degeneração* da *espécie* ou da *raça humana* em sentido largo ou de algumas *raças* particulares. Um fator fundamental da decadência ou inferioridade biológica exibida por certas populações, interferindo em seus caracteres biotipológicos. Verdadeira responsável pela multiplicação desses seres singulares, desviantes, bizarros, perigosos e às vezes geniais que passaram a freqüentar os pesadelos das elites intelectuais a partir do século XIX.

"Miniaturas da decrepitude": os heredo-sifilíticos

Antes de mais nada, os *sifilíticos hereditários* ou *heredo-sifilíticos* tinham um aspecto físico bastante característico, misto de **involução** e de **degradação**. Quando fortemente atingidos pela doença dos pais ou avós, nasciam com aspecto de *velhos*, como se todo o peso da decadência da civilização se estampasse concentradamente em seu corpo, fazendo deles, como dizia um certo dr. Doublet, "miniaturas da decrepitude" (*apud* Caldas, 1866:55). Em termos gerais, o *heredo-sifilítico* "é franzino, magro, sua fisionomia se trai pela coloração especial que nem é palidez, nem icterícia e pela falta de harmonia nos traços, o sistema muscular é muito pouco desenvolvido. A fronte é larga e proeminente, o nariz chato e o olhar sem brilho" (Rocha, 1906:98).

Podia apresentar ainda características simiescas como "prognatismo acentuado do maxilar inferior e abóbada palatina muito ogival" (Moreira, 1899:114). Caracterizava-se fisicamente pela lentidão no desenvolvimento, irregularidade na dentição, infantilismo (pêlos, menstruação, óvulos, testículos, seios atrasados ou rudimentares) e por vícios congenitais: lábios leporinos, pé-chato, microcefalia, hidrocefalia, assimetria craniana, divisão da abóbada palatina, dedos supranumerários etc. (Seabra, 1902:49). Segundo o eugenista Renato Kehl, a transmissão hereditária da *sífilis*, "freqüentíssima", "representa uma das principais causas de numerosos desequilibrados, aleijados, anormais, em suma, desses infelizes degenerados, do corpo ou do espírito, que se vêem a todo o momento e em toda parte" (Kehl, 1921:11).

Assim, vários dos estigmas que eram anteriormente atribuídos à *degeneração* por psiquiatras e antropólogos criminais, encontraram, a partir de finais do século XIX, uma etiologia sifilítica. Antes de mais nada, a *sífilis hereditária* implica uma **parada de desenvolvimento físico**, onde os *heredo-sifilíticos* estariam votados "à procriação de uma raça inferior, degenerada, rica em espécimes mórbidos" (Rocha, 1906:105). Quando, porém, a *degeneração sifilítica* atingia o "espírito", ela determinava ainda o aparecimento de perturbações nervosas incuráveis, oriundas, como se dizia à época, de "vícios anatômicos do sistema nervoso" (Porto-Carrero, 1918: 41-42). Primordialmente, apresentava-se como **parada de desenvolvimento mental**. Para Fournier, além de estigmas anatômicos evidentes, os *heredo-sifilíticos* apresentavam também sintomas de *imbecilidade* e *idiotia*, podendo ser considerados verdadeiros *arriérés*. Com o que concordava o brasileiro Cláudio de Souza, para quem "os descendentes que sobrevivem à horrível hecatombe são raquíticos, deformados, incapazes para a luta, de aspecto deplorável; **a sua evolução mental é lenta e incompleta, sendo enorme os casos de idiotismo e imbecilidade**" (Souza, 1906a:8, grifo meu). São, como diz em outro texto, "defeituosos, física e moralmente, na maior parte verdadeiros aleijões, idiotas e cretinos, inaptos à luta pela vida..." (Souza, 1906b:18).

Assim, os sifilógrafos, que já haviam ingressado na área da psiquiatria através da *paralisia geral progressiva*, invadem-na agora através da própria idéia de *degeneração do sistema nervoso* que, a partir de sua reflexão, passa a ser predominantemente provocada pela *hereditariedade sifilítica*.

Tais *vícios* anatômicos podiam também se manifestar através de convulsões, de meningites, de "uma grande excitação da emotividade que conduz facilmente aos estados passionais" ou do "embotamento do senso moral". Assim também, os *doentes da vontade*, os *preguiçosos*, os *perversos sexuais* começavam a ser considerados frutos da *sífilis* (Porto-Carrero, 1918:41/42). Eram *regressivos morais*. Muitos deles, como dizia Porto-Carrero, apresenta-

vam uma tendência inata e precoce para o mal: "Marcado por uma disgenesia cerebral, o pequeno leva até tarde na idade para aprender a ler. Falho de atenção, falho de percepção, não será talvez um imbecil, é quase um fraco de espírito. Sempre o último da classe, sempre punido por seu estado de distração, de alheamento, não chega por fim a adquirir ilustração nenhuma; e pelo lado moral, não podendo imitar o bom proceder dos camaradas, não lhes havendo atingido o nível ético como não atingiu o nível intelectual, desvia-se para o trilho errado; é mau e perverso. Algoz dos pequenos animais, tormento dos colegas, esse anormal chega, entretanto, à idade púbere. Aí, nesse período de meia anarquia das funções, desequilibra-se-lhe mais o espírito. Onanista, pederasta, sádico ou masoquista, a sua degradação o leva aos poucos ao contato com gente da pior moral; e como a taverna está à mão, o álcool faz o resto: abre-lhe as portas do crime" (Idem, 1918:20). Até a década de 1940, a *hereditariedade sifilítica* (ao lado da alcoólica) seria considerada uma das principais explicações para a "perversão instintiva" ou "psicopatia infantil", e, portanto, para a criminalidade dos menores (Moncorvo Filho, 1931).

Como se vê, recobrindo quase integralmente a antiga figura da *degeneração*, a *heredo-sífilis* passou então a ser princípio de explicação de uma enorme gama de comportamentos considerados desviantes, principalmente daqueles que se manifestavam precocemente e pareciam irremediáveis. Estaria na base da *loucura*, da *criminalidade* e da *genialidade* que continuaram, através dela, a ser explicadas biodeterministicamente, enquanto tendência inata. Continuava, portanto, a embasar uma teoria que, de um lado, insistia na gênese natural ou biológica da singularidade e, de outro, na inexistência de um livre arbítrio, que permitiria aos homens direcionarem seus atos segundo a sua consciência. De um modo geral, a descendência dos *sifilíticos* era sempre tratada como um peso, um fardo, uma vergonha para a sociedade. Não somente inúteis, mas também perigosos.

Ninguém parece ter sintetizado com maior precisão e elegância este movimento do que o médico francês Léon Daudet, filho de pai *sifilítico*, o escritor Alphonse Daudet, morto depois de haver sofrido terrivelmente com as manifestações da *sífilis terceária*. Em seu *Face à dor*, Léon escrevia nos primeiros anos do século XX: "O micróbio do terrível mal, o treponema, pois devemos chamá-lo por seu nome, tanto é o aguilhão do gênio e do talento, do heroísmo e da inteligência, quanto da paralisia geral, do tabes **e de quase todas as degenerescências**. Tanto excitante e estimulante, quanto entorpecedor e paralisante, penetrando e agindo sobre as células da medula e do cérebro, senhor das congestões, das manias, das hemorragias, das grandes descobertas e das escleroses, **o treponema hereditário, cujo poder aumenta com o cruzamento entre**

famílias sifilíticas, teve, tem e terá um papel comparável àquele do fatum entre os antigos. Ele é o personagem, invisível mas presente que move os românticos desequilibrados, os aberrantes de aspecto sublime, os revolucionários pedantes ou violentos. Ele é o fermento que faz crescer a massa um tanto pesada do camponês e a refina em duas geracões. Do filho de uma doméstica ele faz um grande poeta e do pacífico pequeno-burguês um sátiro, de um marinheiro faz um astrônomo ou um conquistador. **A maior parte das degenerescências e malefícios atribuídas ao alcoolismo são provocados por este espiroqueta de uma agilidade, ductilidade, penetração e congenitalidade – se pode dizer assim – ainda misteriosas**". (*apud* Quétel, 1986:218, grifos meus).

Assim, desde as últimas décadas do século XIX, a questão "dos sifilíticos em suas relações com o futuro das sociedades" deveria se tornar, como dizia Juliano Moreira, uma das mais importantes da medicina pública, "digna da atenção dos que estudam os fatores de desenvolvimento físico e intelectual das raças" (Moreira, 1899:112). Efetivamente, a partir desse momento, torna-se lugar comum afirmar que a *sífilis* "enfraquece a população, tornando-a incapaz para as funções civis e militares e um fardo para a sociedade" (Xavier, 1880:36); que é um "elemento destruidor das sociedades" (Sá, 1900:248), um fator "transformador degenerante da raça humana" (Torres, 1930[1900]:307), uma "praga que como mil garras, asfixia o indivíduo, a família e a raça" (Souza, 1906a:10). "Um mal social" que "enfraquece as raças e despovoa territórios" (Miranda, 1906:21). Para Porto-Carrero "a toxina sifilítica chega até a depreciar, diminuir e extinguir a raça (...) desvaloriza ou impede a descendência, criando os hereditários imbecis ou degenerados, trazendo os mortos infantes, os natimortos, os abortos sucessivos" (Porto-Carrero, 1918:7).

Enfim, um "grande perigo nacional", pois "não só sacrifica a vítima, mas a descendência", sendo "prejudicial à raça" (Kehl, 1921:7). Como em outros países, e mais do que em qualquer outra doença endêmica ou epidêmica, a grande justificativa de toda a *luta antivenérea* no Brasil seria, até a década de 1940, justamente a salvação e a melhoria da "nossa" já tão desfalecida raça.

É certo que a trajetória das convicções científicas a respeito da *hereditariedade sifilítica* não é linear ao longo do período aqui abordado. Já em 1918, Eduardo Rabelo se mostrava reticente quanto à possibilidade de uma *sífilis germinativa* e, sem descartá-la totalmente, dizia que a ciência tinha provas de que "não existe na grande maioria dos casos filho sifilítico sem mãe sifilítica, isto é, que a sífilis antes de ser embrionária ou fetal é materna e quase sempre transmitida através da placenta" (Rabelo, 1921:339). Em 1921, Renato Kehl dizia que não haveria *sífilis* pro-

priamente "hereditária", uma vez que a transmissão não ocorria via óvulo ou esperma. Porém, não deixava de afirmar que toda criança "nascida de pais suspeitos deve ser cuidadosamente observada e tratada em tempo **e, igualmente, as crianças de longínquos ascendentes afectados pela sífilis**" (Kehl, 1921:26).

Ao que parece, a aplicação sistemática do teste de Wassermann em mulheres aparentemente sadias, cujos filhos eram *sifilíticos*, passou a indicar que elas também estavam contaminadas. Além disso, começava-se mesmo a duvidar da existência de uma *sífilis* de segunda geração, mas não se tinha certeza se um pai *heredo-luético*, portador de distrofias congênitas, não as transmitiria à sua descendência (Benévolo, 1925). E, apesar de até os anos 30 ser comum a referência a "gametas luéticos" (Meirelles, 1930:505), a "deformações morfológicas nos espermatozóides de sifilíticos e lesões nos ovários das mulheres", produzidas pelo treponema (Meirelles, 1931:633), já no início dos anos 40 a possibilidade de uma *hereditariedade sifilítica*, como havia sido proposta na passagem do século, já não merecia credibilidade. É certo que os médicos ainda continuariam a ser cuidadosos quando tocavam no assunto, como atesta um deles, em 1940, ao dizer que: "A sífilis fetal provém, pois, da sífilis materna; é esta infecção que se transmite ao feto em desenvolvimento no útero. A sífilis não é hereditária, isto é, não se transmite através das células germinativas, óvulo ou espermatozóide; **pelo menos é muito discutível esta possibilidade**. Ela se transmite por contágio intra-uterino, o pai infecciona a mãe e esta o filho que se encontra em seu ventre (Correa, 1941:277, grifo meu).

Entretanto, mesmo deixando de ser considerada progressivamente como transmissível hereditariamente, de um modo geral, a *sífilis* será, até a Segunda Guerra Mundial, a mesma "atilada e operosa criadora de monstruosidades,(...) um dos maiores flagelos que trabalham em prol da degenerescência e do extermínio do homem" (Fontenelle, 1939), conforme a haviam construído os sifilógrafos da passagem do século. Até o início dos anos 40 continuaria sendo indubitavelmente um capítulo fundamental da eugenia, e, em torno do futuro dos *sifilíticos* e de sua descendência continuou a gravitar o futuro das raças e das nações. Em seu discurso de abertura da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, o sifilógrafo Joaquim Mota deixava muito claro que aquele encontro tinha um "caráter patriótico", pois, sob os auspícios do Estado Novo, tinha como objetivo "salvaguardar o futuro da raça brasileira", de "formar em bases eugênicas o brasileiro de amanhã", de "combater os males que des-

valorizam o homem, que se perpetuam através de gerações, **criando as degenerescências e o abastardamento da raça**" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:42-43, grifo meu).

Poderes da sífilis, poder dos sifilógrafos

Do ponto de vista sociológico, julgo impossível desvincular a trajetória do conceito de *sífilis*, sua tranformação simultânea em grave risco individual e coletivo, conforme descrito em linhas gerais nos capítulos anteriores, da própria trajetória da especialidade e dos especialistas que, no campo médico, dela tratavam. A consolidação do modelo de compreensão da *sífilis* aqui descrito é contemporânea do processo de institucionalização da sifilografia enquanto especialidade relativamente autônoma no campo das ciências biomédicas. Geralmente, denunciar o *perigo venéreo* significava simultaneamente anunciar a importância social da nova especialidade e do novo especialista, que reivindicava para si a posição de comando na *luta* a ser empreendida.

De um lado, ao assumir o caráter de princípio etiológico geral, a *sífilis* não deixava de colocar os sifilógrafos em posição bastante peculiar perante o "resto" da medicina. Vários deles acreditavam não exagerarem ao afirmar que toda a patologia interna seria, um dia, simples "anexo" da *sífilis*, ou que a doença representava metade da patologia humana. O professor de clínica neurológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Antônio Austregésilo, chega até mesmo a cunhar uma frase que ficará famosa, sendo reproduzida incansavelmente nos cursos de medicina do país: "em clínica, convém pensar sifiliticamente". Até meados do século XX, será comum os sifilógrafos referirem-se à *sífilis* como "compêndio de patologia", "chave de toda a patologia", "Proteu da medicina", "hidra proteiforme", "Proteu da morte" etc. Em 1940, já no final do período em estudo, um médico declararia que a *sífilis* "abrange o estudo de quase toda a patologia, e é a doença que fornece maior número de enfermos para hospitais e manicômios" (Cunha, 1941:139).

De outro lado, toda a configuração da *degeneneração*, como vimos, foi, de certo modo, atualizada pelos sifilógrafos. Um tanto imprecisamente, em sua história da *sífilis*, Quétel afirma que a doutrina da *hereditariedade sifilítica* vinha substituir as antigas doutrinas sobre a *degeneração*, medicalizando-as: "através da noção de distrofia hereditária, a sífilis permitiu que a degeneração fosse, não suprimida, mas 'medicalizada'

(Quétel, 1986:211).[21] Por seu lado, Corbin afirma que... "foi acreditando ao mesmo tempo na existência de uma hereditariedade tardia *à longue portée.*, ou seja, transgeneracional, e na não-especificidade da sífilis e de suas manifestacões hereditárias que os médicos possibilitaram que se cristalizassem a angústia suscitada pela hereditariedade mórbida e a obsessão pela degenerescência" (Corbin, 1981:136).

A meu ver, termos como "medicalizar" ou "cristalizar" descrevem mal o processo. De um lado, a teoria da *degeneração* já era uma teoria médica; de outro, não sei como se poderia distinguir "angústias" mais ou menos abstratas, como quer Corbin. Mais precisamente, parece-me ter se tratado de uma tradução de um teoria médica mais antiga para uma outra, que se impunha então poderosamente. Digamos que, no mercado dos males humanos, como "arrivistas científicos", os sifilógrafos passaram a oferecer uma causalidade *sifilítica* (total ou parcial) a fenômenos de etiologia incerta ou tornada incerta (doenças cardíacas, problemas neurológicos e psiquiátricos, cânceres) a partir dos novos cânones bacteriológicos, estabelecidos em finais do século XIX. Até então, tais fenômenos vinham sendo estudados por diversas outras áreas da medicina. A aceitação de tal causalidade obviamente trazia uma inestimável vantagem, pois, em certo sentido, dava a tais doenças e a quem delas tratava uma "entrada" segura para o maravilhoso "laboratório de Pasteur". A partir da aquisição do "ingresso", ter-se-ía o selo do treponema e de sua estranha realidade espiralada, detentora da fantástica propriedade de surgir tênue, rápida, extremamente ágil sob as lentes de magníficos microscópios. Oferecia-se ainda um instrumento moderníssimo, durante muito tempo o único no gênero, o teste de Wassermann, para detecção dos contaminados. E as maravilhosas injeções de Ehrlich, logo comercializadas, no Brasil, pela Bayer. Se não eram capazes de recuperar os *degenerados*, *heredo-sifilíticos*, ou *avariados*, podiam ao menos, fazendo cicatrizar as lesões pelas quais a *sífilis* se transmitia habitualmente, interromper o processo de *degeneração* em sua fonte, impedindo que se generalizasse.

Obviamente, tal "ingresso" tinha um preço. Ao aceitarem uma causalidade sifilítica para a *monstruosidade*, a *loucura*, o *crime*, as *cardiopatias* e uma infinidade de outros males, ou seja, ao aceitarem a *sífilis* enquanto espécie de **princípio etiológico geral** e fator de *degeneração* da espécie, criminólogos, psiquiatras e clínicos dos mais diferentes feitios obrigavamse a gravitar em torno dos sifilógrafos e a submeterem-se a suas convicções. Alguns relutaram em pagá-lo. Parece mesmo ter havido, entre certos médicos do período, uma insatisfação explícita diante do "expansionismo" da sifilografia.

---

[21] Quétel retomaria a mesma idéia em trabalho um pouco mais recente (1988).

Assim, por exemplo, no 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, realizado no Rio de Janeiro em 1918, o clínico Oscar Clark contrapunha-se muito polidamente a alguns "exageros" dos sifilógrafos relativos à gravidade do mal. Dizia ele: "...não nos devemos levar muito pela opinião dos especialistas em matéria de prognóstico da sífilis. Os clínicos têm, talvez, o espírito mais livre para julgar a situação, pois os especialistas não só são consultados mais vezes por doentes com manifestações específicas patentes e até mesmo incuráveis, **como também por causa daquela força imensa que representa a concentração de espírito num assunto determinado, acabam por magnificar a imagem que tanto lhes preocupa o cérebro**" (Clark, 1921:190, grifo meu).

Além disso, Clark questionava o fato de ser a *sífilis* realmente fator de *degeneração*: "Se a sífilis fosse fator tão importante de *degeneração* das raças, como querem alguns autores, o nosso povo deveria ser considerado profundamente degenerado e, no entanto, **não conheço raça mais forte**" (Idem, grifo dele).

Porém, nada melhor do que um desviante assumido para revelar o que os outros muito provavelmente calavam. É o caso do obscuro médico paulista, Otávio Félix Pedroso, que, com o apoio do conhecido positivista Luis Pereira Barreto, se insurgia no inicío da década de 1920 contra o império dos sifilógrafos. Para Pedroso, a *gonorréia* era muito mais temível.[22] Conforme dizia, "o perigo da sífilis reside mais na imaginação dos povos do que na realidade dos fatos" (Pedroso, 1921a:6). Para ele "o fanatismo pela sífilis é tão forte, tão grande que chega ao ponto de obliterar o raciocínio clínico de muitos especialistas e do público em geral mesmo quando todo tratamento específico – '914', mercúrio, iodureto de potássio, etc. – não produza o resultado esperado; e nem tampouco melhore a condição mórbida do paciente. Nem com o insucesso desses tratamentos, eles se convencem, por coisa alguma, que a causa da complicação orgânica apresentada pelo doente em questão não é causada pela sífilis – afirmam sempre que se não foi causada pela sífilis adquirida, foi pela sífilis hereditária dos pais, dos avós e por aí a fora. **Infelizmente, nestes últimos**

[22] Na verdade, para Pedroso, quase todos os males humanos podiam ser reduzidos, ou à *gonorréia*, ou ao mal funcionamento das glândulas sexuais. Para tratá-los, desenvolveu um método original que consistia, segundo Pereira Barreto, "na arte da extração do pus" (*apud* Pedroso, 1921b:7). Tratava-se de uma terapia automática, baseada em **gonoextractores** – aparelhos de seu invento, descritos como um "sistema de sondas metálicas ligadas a uma pêra de borracha que faz vácuo na uretra, na vagina, no útero ou no reto" (Idem). Pedroso procurou sem sucesso divulgá-los através da sua **Cruzada Brasileira Contra a Avaria e as Moléstias de Origem Obscura**, fundada em São Paulo, em 1921. Apresentado como verdadeira panacéia, o novo método de cura viria, segundo dizia, não apenas salvar os doentes, mas a própria medicina, que, insistindo na terapêutica medicamentosa, fracassara ante os *males venéreos* (Idem, 19).

tempos, não somente os leigos, mas também a maior parte da classe médica estão sofrendo de sifilomania ou sifilofobia; para eles quase todas as desgraças da humanidade são provenientes da sífilis. Destarte, os infelizes que sofrem de uma irregularidade orgânica qualquer, alimentam-se mais com mercúrio, '914', etc., do que com alimentação reconstituinte e não venenosa" (Pedroso, 1921b:32, grifo meu).

Não se trata aqui, obviamente, de tomar partido ao lado de Pedroso. De todo modo, como atualmente consideram vários autores, o império dos sifilógrafos vai ruir no pós-Segunda Guerra, quando as *doenças venéreas*, em geral, e a *sífilis*, em particular, perdem seu *glamour* e deixam de ser objeto da enorme atenção que haviam merecido até então. Para tais autores, a descoberta de uma medicação eficaz – a penicilina – teve papel fundamental nessa súbita desvalorização social.[23] Têm razão em parte, pois a *sífilis* que a penicilina passa a curar na segunda metade do século XX já não é mais, conceitualmente, a *sífilis* cujas características foram aqui descritas. O pós-Segunda Guerra marcaria uma nova rearticulação do conceito, fazendo com que perdesse a abrangência que possuíra até então.

Antes de mais nada, a moléstia perde parte dos enormes poderes conferidos pela crença em sua onipresença no organismo humano. Segundo depoimento recente do médico francês Pequignot, o desenvolvimento da eletrocardiografia a partir dos anos 40 demonstraria a origem coronariana da *angina de peito*, transformando em "mito" a *aortite sifilítica*. Concomitantemente, segundo diz, desenvolvimentos na área da neurologia iriam negar a origem sifilítica de diversas formas de paralisia (Pequignot, 1988:330). Muito provavelmente, tais transformações foram também amparadas pelo desenvolvimento de novos testes laboratoriais, que vieram confirmar o fato de milhares de doentes de outros males terem sido, por quase meio século, diagnosticados falsamente, a partir dos meios até então disponíveis, como *sifilíticos* (Löwy, 1993).

Além disso, não se pode esquecer também que o desmoronamento dos regimes nazi-facistas coincidiu com a condenação das idéias e práticas de uma ciência cujo objeto era justamente o melhoramento racial e o combate à *degeneração* da espécie. Mantendo estreitos laços com essa configuração ideológica, o combate às *doenças venéreas* parece ter perdido grande parte de sua importância quando, exatamente no pós-Segunda Guerra, a era da *degeneração* se extingue. Efetivamente, o medo da *degeneração* da espécie humana parece possuir uma datação bastante específica: surgiu em meados do século XIX e desapareceu em meados do século XX, quan-

---

[23] Esta idéia é defendida mais intensamente por Brandt (1985). Mas também é sustentada por Quétel (1988).

do o conceito perdeu sua conotação técnica e sua aura científica. Foi na década de 40 que se "revelou" a estrutura molecular do ADN, descartando-se definitivamente a possibilidade da hereditariedade de caracteres adquiridos e confirmando-se a aleatoriedade das *mutações genéticas*, que, diga-se de passagem, passariam a depender daí por diante de uma outra espiral, bem diferente daquela do treponema pálido.

Embora a incidência das *doenças venéreas* em todo o mundo venha crescendo em ritmo acelerado desde a década de 1960, o *problema venéreo* entraria em uma decadência que se prolongaria até o recente aparecimento da *AIDS*, cujos poderes morbígenos são bastante comparáveis aos que, anteriormente, eram atribuídos à *sífilis*. De todo modo, o que interessa ser aqui ressaltado é que, durante todo o período considerado, a *sífilis* manteve-se como um dos mais graves problemas da patologia, da higiene e da eugenia, assim como foi construída pelos sifilógrafos, principalmente os europeus. De um modo geral, seus colegas brasileiros reproduziam suas teorias, conquistando, como veremos, grande prestígio no meio médico nacional. Ao que parece, o mesmo processo que, através da construção do *problema venéreo*, permitiu aos sifilógrafos implantar o seu próprio espaço profissional no campo científico internacional, podia ser reproduzido em qualquer país em que o meio médico fosse suficientemente denso para comportar alguma especialização. É o que parece ter ocorrido no Brasil, onde, como veremos a seguir, a sifilografia floresceu com relativo sucesso. Obviamente, ao se implantar em "solo novo", o *problema venéreo* interagia com questões propriamente locais, modulando as estratégias de implantação da nova especialidade e determinando o ritmo e a intensidade da *luta antivenérea*.

Sífilis e Doenças Venéreas

(desenvolvimento conceitual)

1837	Phillipe Ricord diferencia sífilis de gonorréia, estabelece os três estágios de sua evolução
1852	O francês Léon Basserau é o primeiro a afirmar a individualidade do cancro mole
1860	O inglês Hutchinson detecta as distrofias principais da heredo-sífilis
1872	O americano Noeggerath demonstra efeitos desastrosos da gonorréia na mulher (aborto, esterilidade etc.)
1876	Sífilis cardiovascular documentada na literatura médica
1879	Albert Neisser identifica gonococcus como causador da gonorréia
1884	Fournier demonstra clinicamente a origem sifilítica da paralisia geral progressiva Credé (Alemanha) estabelece a gonorréia como causa da cegueira dos recém-natos Nesse período, a sífilis começa a ser considerada um dos principais fatores de degeneração
1889	Ducrey identifica o agente causal do cancro mole
	Médicos brasileiros como Silva Araújo, Adolfo Lutz, Gaspar Vianna contribuem na diferenciação da sífilis e de outras dermatoses tropicais como a bouba, a leishmaniose, a blastomicose etc.
1903	Na França, Roux e Metchnikoff conseguem inocular a sífilis em macacos
1905	Schaudinn isola treponema palidum, causador da sífilis Castellani isola treponema pertenue, causador da bouba
1906	Na Alemanha, Wassermann desenvolve seu teste
1907	Na França, Roux e Metchnikoff desenvolvem a primeira pomada mercurial profilática
1909	Na Alemanha, Ehrlich e Hirata desenvolvem o Salvarsan ou "606"
1913	Nos E.U.A., Noguchi e Moore constatam presença do treponema no cérebro dos paralíticos gerais
1921	Sezerac e Lavaditi desenvolvem bismutoterapia para sífilis
1928	Inglês Alexandre Fleming descobre o poder bactericida do penicillium notatum Começa a ser descartada a possibilidade de uma sífilis propriamente hereditária Durante os anos 30 a sulfa começa a ser considerada eficiente na cura da gonorréia
1938	Leon Blanco isola treponema careteum
1943	John Mahoney, do US Public Service, demonstra eficácia da penicilina no tratamento da sífilis
	Começa a ser descartada a origem sifilítica das várias cardiopatias e problemas neurológicos As idéias degeneracionistas são cientificamente desacreditadas e desfaz-se a conjunção sífilis/degeneração. Desenvolvimento de novos testes demonstra que milhares de pessoas haviam sido erroneamente diagnosticadas como portadoras da sífilis

A Sífilis e os Sifilógrafos no Brasil

A Implantação Sifilográfica

Descrever o modo pelo qual a consolidação da comunidade dos sifilógrafos e a simultânea autonomização da sifilografia se processam no Brasil é tarefa bastante complexa e me darei por satisfeito se conseguir ao menos iniciá-la. A razão de tal complexidade me parece prender-se a um problema mais geral e a um outro, mais específico ou local. Inerente ao estudo da emergência e consolidação de qualquer especialidade, o problema mais geral diz respeito ao fato de esse processo realizar-se simultaneamente em múltiplos planos, parcialmente dependentes uns dos outros. A um só tempo, temos o **estabelecimento de uma comunidade científica**, com seus congressos, sociedades, centros de pesquisa, periódicos e fontes de financiamento; a **instituição do ensino especializado**, com suas cátedras, concursos, teses; e, ainda, no caso de uma ciência aplicada como é a sifilografia, a **abertura e expansão de um mercado de novos serviços**, no qual os sifilógrafos se engajavam basicamente como clínicos especializados ou sanitaristas. Deixaremos de lado momentaneamente o aspecto referente ao mercado de serviços, para nos fixarmos na instituição da sifilografia como área de ensino e de pesquisa, já que é nesse nível que o conceito de *sífilis* se constrói, justificando a urgência das intervenções a serem realizadas.

O problema mais local refere-se à existência, no Brasil, de múltiplos centros regionais de implantação sifilográfica, com histórias, cronologias e personagens específicas, ainda que hierarquizados e, em graus diversos, dependentes, para o período considerado, do que se passava no Rio de Janeiro, onde se concentravam as principais cátedras, sociedades e periódicos especializados. Evidentemente, a então capital federal colocava-se, por seu turno, em relação similiar perante a alguns centros estrangeiros, principalmente europeus. Quanto a este segundo problema, devo assumir que a história que se desenha aqui é, em larga medida, feita do ponto de vista da elite sifilográfica, que a partir da capital federal controlava as principais instituições que iam sendo criadas e orquestravam, por assim dizer, o que acontecia no resto do país. Aliás, a bem da verdade, é apenas nesse sentido que posso falar, nesse trabalho, de uma "história da *luta antivenérea* **no Brasil**".

Entre nós, a implantação da sifilografia se realiza ao longo dos quarenta anos que vão das duas últimas décadas do século XIX até o início dos anos 20. Desde logo, alguns marcos fundamentais em sua história institucional podem ser apontados. Em relação ao ensino especializado, tem-se a instituição, em 1882, no contexto da chamada "reforma Sabóia",[1] do ensino da sifilografia, através da criação de cátedras de **clínica dermatológica e sifilográfica** nas duas faculdades de medicina do país, Rio de Janeiro e Salvador, e de (pelo menos) um importante curso livre anexado à **Policlínica Geral do Rio de Janeiro**. Em relação à organização da rede de especialistas, os marcos poderiam ser a fundação em 1912, na capital federal, da primeira sociedade científica nacional voltada para a especialidade, a **Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia**. Ou a realização, em 1918, também no Rio de Janeiro, do **1º Congresso Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia**, expressão inegável do peso acadêmico e da densidade intelectual que, no contexto sul-americano, assumia a dermato-sifilografia brasileira. Finalmente, em relação à abertura de um mercado de trabalho para os especialistas, foi sem dúvida fundamental a criação, no início dos anos 20, no âmbito da reforma do sistema de saúde brasileiro empreendida por Carlos Chagas, da **Inspectoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas**, com a conseqüente expansão dos serviços *antivenéreos* por todo o país.

---

[1] Segundo Lycurgo dos Santos Filho, o professor de cirurgia Vicente Cândido Figueira de Sabóia, Visconde de Sabóia, foi diretor da faculdade de medicina entre 1881 e 1889. "Excelente administrador, responsável pela reforma de ensino que leva seu nome (1883-84), reestruturou as duas faculdades médicas brasileiras" (Santos Filho, 1966:90). Citando testemunhos de Alfredo Nascimento e Silva e Fernando Magalhães, Achiles Ribeiro de Araújo diz que os oito anos da administração Sabóia correspondem ao período áureo da faculdade do Rio. Ela então "ombreava com as melhores da Europa, não tendo em toda a América nenhuma outra que lhe pudesse ser comparada" (Araújo, 1982:18).

Uma crescente inquietação

Conforme dizia o sifilógrafo Oscar da Silva Araújo em 1928, a grande incidência da *sífilis* no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, vinha sendo apontada por fontes mais seguras desde o século XVIII (Araújo, 1928a:11). Além de citar cronistas que falavam igualmente da *dissolução dos costumes* e da incidência do *mal venéreo*, Araújo afirmava que, em 1798, o Senado da Câmara do Rio de Janeiro teria organizado um inquérito para apurar quais as doenças endêmicas e epidêmicas mais comuns na cidade. A tal inquérito, teriam respondido três dos mais eminentes médicos ali radicados, dos quais, dois deles, Bernardino Antônio Gomes e Antonio Joaquim de Medeiros, assinalavam a freqüência das *doenças venéreas*. Através dos trechos citados por Araújo, pode-se perceber claramente como a constatação dessa freqüência articulava-se diretamente às avaliações sobre a (i)moralidade reinante. Segundo dizia Medeiros, por exemplo, "as causas morais e dietéticas influem assaz para as moléstias do país. Os antigos afirmam que as tísicas, hoje tão freqüentes no Rio de Janeiro, raríssimas vezes se observavam, assim como as doenças da pele. Ora, se nós cavarmos mais fundo, acharemos que quase todas são complicadas com o vício venéreo. A opulência desta respeitável cidade faz introduzir o luxo e a depravação dos costumes, de maneira que dentro da cidade não faltam casas públicas onde a mocidade vai estragar a sua saúde e corromper os costumes de uma boa educação, contraindo novas enfermidades e dando causas para outras tantas" (*apud* Araújo, 1928a:12). Já Gomes, lançava mão de um raciocínio que, sob feições diferentes, perduraria até pelo menos Gilberto Freyre, dizendo ser na escravidão que se devia procurar a origem da devassidão reinante, pois a prostituição seria uma "conseqüência indefectível do ócio e da riqueza adquirida sem trabalho e fomentada pelo exemplo familiar dos escravos, que quase não conhecem outra lei que os estímulos da natureza..."(Idem).

Já em meados do século XIX, em seu tratato sobre o clima e as moléstias do Brasil, o eminente médico francês radicado no Rio, José Francisco Xavier Sigaud, dizia que "a sífilis existiu em todas as épocas no país **e é hoje doença predominante**" (*apud* Araújo, 1928a:17). À mesma época, a doença começava também a ser responsabilizada pela "velhice prematura" que, segundo alguns, caracterizaria a mocidade brasileira (Azambuja, 1847:3). Amplamente aceita em meados do século passado, a percepção da enorme disseminação do mal entre nós ia se tornando progressivamente mais preocupante à medida em que, no horizonte da passagem do século, emergia o *problema venéreo* com todas as suas trágicas conseqüências.

Testemunho de uma crescente preocupação, ao longo dos anos sessenta do século passado, a *sífilis* começava a figurar em diversos relatórios anuais de inspetores de saúde provinciais como a moléstia que, ao lado da *tuberculose*, das *alterações intestinais* e das *febres intermitentes*, "mais estragos fazem à população menos abastada" do Império, como dizia então o inspetor de saúde da Bahia (Idem).[2] Começava-se também a revelar numericamente o peso de sua contribuição no total de internamentos em diferentes hospitais. Em artigo publicado na *Gazeta Médica da Bahia* em 1871, diz-se que para "se conhecer a extensão que desgraçadamente vai ganhando o elemento sifilítico entre nós", bastava olhar as estatísticas dos hospitais, pois, no período de 1861 a 1866, mais de um terço dos doentes internados nas enfermarias de cirurgia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro seria de portadores de *doenças venéreas* (Anônimo, 1871:26).[3] Segundo o mesmo artigo, a partir de tais dados "colige-se evidentemente a expansão que vai tomando a propagação das moléstias venéreas entre nós, e quanto, continuando a expandir-se em proporção equivalente por falta de aplicação de medidas tendentes a neutralizar suas funestas conseqüências, atingirá em breve grandiosas proporções" (Idem).

O mesmo alarme se fazia ouvir nos meios militares. A partir dos anos 70, a grande incidência da *sífilis* e das *doenças venéreas* entre os militares começava também a ser enfatizada. Em parte, isso talvez tenha se devido ao impacto da Guerra do Paraguai na disseminação do mal nas tropas ou, pelo menos, na sua maior valorização pelos médicos militares. Segundo afirmava o médico militar Lobo da Silva em 1929, entre os anos de 1869 e 1870, o cirurgião-mor das forças brasileiras na Guerra do Paraguai teria escrito do *front* para a *Gazeta Médica da Bahia*: "as úlceras de caráter sifilítico têm tido considerável desenvolvimento depois do aprisionamento em grande escala de mulheres paraguaias, as quais cobertas de sífilis, vão contaminar o nosso Exército... Na expedição que acampou por alguns dias nas margens do rio Jejuy (Paraguai), deram-se muitos casos de febre palustre mais ou menos graves e a blenorragia foi, na seção cirúrgica, a par dos ferimentos por armas de fogo, a causa mais comum de baixas..." (*apud* Silva, 1929:47).

Em 1873, João José de Oliveira Junqueira, ministro da Guerra do Império, destacava as *doenças venéreas* (que ele agrupava ainda sob a velha rubrica englobadora de *sífilis*) como a afecção mais comum entre os solda-

---

[2] O fato de a *sífilis* ser um problema de saúde principalmente para a "população" ou "classe pobre"era ainda ressaltado pelos inspetores da Paraíba, em 1869, e do Ceará, em 1868 (Anônimo, 1871:26).

[3] Tais enfermarias teriam recebido um total de 18.143 doentes, sendo 16.281 homens e 1.862 mulheres. Desse conjunto, 7.082 teriam *doenças venéreas* (Anônimo, 1871:26).

dos, seguida numericamente pelas doenças do "aparelho respiratório e de digestão" (*apud* Araújo, 1928a:24). Para o triênio 1872-73, o médico José de Góes Siqueira Filho calculava que um terço das tropas aquarteladas na Corte estaria contaminado (Idem). Dez anos depois, em 1883, através de uma memória apresentada à Academia Imperial de Medicina, o médico-militar José de Oliveira seria ainda mais contundente: "Se a tuberculose representa no Exército brasileiro a maior cifra mortuária, se os embaraços gástricos não lhe cedem o passo na questão numérica, as moléstias venéreas e sifilíticas avantajam-se às duas. **Pode-se, sem medo de errar, asseverar que não há um só soldado nosso que não tenha uma ou mais entradas nos hospitais por acidentes venéreos**. A cirurgia hospitalar do Exército é constituída em tempo de paz pelo sem número de blenorragias, cancros venéreos e bubões. Os acidentes secundários e terciários de sífilis, exostoses e reumatismos, contam-se por centenas" (Idem, 23, grifo meu).

A partir da segunda metade do século XIX, os médicos não denunciavam apenas a grave situação do Rio de Janeiro. Em 1866, o professor Claudemiro Caldas já escrevia na *Gazeta Médica da Bahia* que, "no quadro nosológico da clínica cirúrgica da faculdade da Bahia, avulta, pelo maior número de vítimas, a sífilis" (Caldas, 1866:89). E, em finais do século, Juliano Moreira ressaltava já haver dito por diversas vezes que "a sífilis na Bahia é de uma freqüência notável", acrescentando que, no Brasil, "de dia em dia amplia o terrível mal o seu domínio" (Moreira, 1899:113). O mal estaria também firmemente instalado em São Paulo, onde, segundo os estranhos cálculos apresentados por Cláudio de Souza no início do século XX, haveria uma média de trinta mil contaminações sifilíticas por ano, o que significava dizer que, a cada ano, 10% de seus habitantes se contaminavam (Souza, 1909:7). Cláudio de Souza chegava a esta aterradora constatação a partir do número estimado de prostitutas residentes na cidade e do número de relações sexuais potencialmente contaminadoras que elas manteriam por ano.

Assim, diante de estatísticas bastante precárias, quase inexistentes, os médicos da passagem do século ancoravam suas denúncias sobretudo em sua experiência clínica e nos dados fornecidos pela população hospitalizada. É verdade que, ao avaliarem a extensão da doença no Brasil, alguns deles também se apoiavam no senso comum, para o qual, como revelava explicitamente Juliano Moreira em 1899, o Brasil parecia ser a morada ideal da *sífilis*. Segundo o ilustre médico baiano, era comum se dizer "em família" ante qualquer afecção: "isto é gálico". Tanto o vulgo, quanto os médicos, tinham a tendência, segundo dizia, a exagerar o "círculo do qualificativo", "batizando" de *sífilis* "a mais banal das dermatoses

parasitárias, o mais trivial dos acnes, a mais genuína blefarite, a mais simples das conjuntivites". Segundo relatava, era "comum" se ouvir dizer: "pois há brasileiro que não tenha a sua tara sifilítica?". Para Juliano Moreira, "descontando o exagero", bem se via aí "a fórmula indicadora da disseminação do mal" (Idem).[4]

Em cena, o especialista

Foi em meio a esse clima de alarme crescente que, no início da década de 1880, o ensino da dermato-sifilografia nasceu na Corte sob a égide de dois mestres: João Pizarro Gabizo e Antônio José Pereira da Silva Araújo. De perfis bastante diferentes, Gabizo foi o primeiro a ocupar a cátedra oficial de dermatologia e sifilografia da faculdade da Corte, onde Silva Araújo criava simultaneamente o que parece ter sido o primeiro curso livre da especialidade no Brasil, articulando, pioneiramente, a pesquisa clínica e laboratorial ao ensino especializado. Embora ambos sejam apresentados posteriormente como "precursores" da especialidade no Brasil, foi sem dúvida nenhuma Silva Araújo quem melhor encarnou a figura do moderno sifilógrafo, emprestando desde logo à especialidade o relativo prestígio nacional e internacional que chegou a possuir.

Considerado o "pai" da especialidade no Brasil, ou aquele que "lançou as bases da especialidade quando entre nós não conseguira ainda autonomia", como diria, anos mais tarde, o sifilógrafo Joaquim Mota (Mota, 1930:296), vale a pena nos determos um momento sobre a trajetória intelectual de Silva Araújo. Ao que parece, se este ramo da medicina floresceu, como se verá, tão robustamente no país a partir das duas últimas décadas do século XIX, foi em grande parte devido à "moderna" orientação que, desde logo, lhe foi por ele conferida.

Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia no início da década de 1870, interno em clínica-cirúrgica, Silva Araújo fazia parte do círculo de médicos que, sob a influência de Patterson, Otto Wucherer e Silva Lima, ficou conhecido como "Escola Tropicalista Bahiana". Como é hoje amplamente reconhecido, esta "escola" teve uma importância crucial para a implantação da medicina especializada e experimental no Brasil (ver, entre outros, Santos Filho, 1966:92-97; Stepan,

---

[4] A idéia de que todo brasileiro era *sifilítico* ou de que a *sífilis* era particularmente difundida no Brasil será mais longamente explorada adiante neste capítulo, em *Uma Sífilis Brasileira?*

1976:60). Silva Araújo havia sido redator da revista que o grupo dos tropicalistas fundara em 1866, a prestigiosa *Gazeta Médica da Bahia* (Anônimo, 1925:IV). E, desde a década de 1870, ao ser reprovado no concurso para a seção cirúrgica da faculdade baiana por "insistir em perder tempo espiando bichinhos", como lhe teria dito um dos seus examinadores, ele se notabilizara como um dos principais defensores das idéias pasteurianas no Brasil.[5] Não teria sido sem razão que a ele, em 1895, a Academia Nacional de Medicina incumbiria, reconhecida, do elogio fúnebre a Pasteur.

Ao que parece, foram os estudos que Silva Araújo desenvolveu ainda na Bahia sobre uma doença parasitária tropical, popularmente conhecida como *elefantíase dos árabes*, que projetaram seu nome internacionalmente. Segundo Lycurco dos Santos Filho, a *elefantíase* caracterizava-se "pelo exagerado aumento dos vasos linfáticos, com o espessamento da pele dos membros e de outras partes do corpo, como a bolsa escrotal e os seios. Endêmica na África, trouxeram-na os negros. Mal conhecida, foi confundida com a lepra e os seus portadores internados nos lazaretos" (Santos Filho, 1966:53). Foi Silva Araújo quem estabeleceu que a doença – por ele denominada de *filariose* – seria causada por um helminto (*Wuchereria bancrofti*), cuja forma embrionária havia sido isolada anteriormente por Otto Wucherer (Torres, 1930[1900]; Mello, 1930[1900]). Além da caracterização da doença e da criação de um novo gênero zoológico para seu agente específico (o gênero *Wuchereria*, em homenagem a Otto Wucherer), Silva Araújo desenvolveu ainda, secundado por Moncorvo (pai), um tratamento original para a doença através da eletricidade. Os resultados desses estudos teriam sido comunicados diretamente às academias de Ciências e de Medicina de Paris e a eficácia do tratamento, atestada internacionalmente nos anos subseqüentes. Foi justamente sobre a filaria a memória apresentada por Silva Araújo à Academia Imperial de Medicina, em 1877, para tornar-se seu membro correspondente. Silva Araújo já pertencia então à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, à Sociedade Belga de Microscopia e à Sociedade de Climatologia Algeriana.

No início da década de 1880, Silva Araújo radicar-se-ia na Corte, onde poucos anos antes (1875), discorrendo sobre a importância da microscopia (e, obviamente, da bacteriologia) para a medicina, já havia, em conferência patrocinada pela Sociedade Amante da Instrução e

[5] Este momento da biografia de Silva Araújo é sempre ressaltado por todos os que, posteriormente, ocuparam-se de sua trajetória intelectual. Entre outros, ver: Mello, 1930[1900]; Machado, 1930[1900]; Araújo, 1930.

prestigiada pelo próprio imperador, defendido suas idéias pasteurianas.[6] Foi no Rio de Janeiro que sua atenção parece ter se voltado mais intensamente para a *sífilis* e sua profilaxia. Já em 1881, com os doutores Júlio de Moura, Moncorvo de Figueiredo, Cypriano de Freitas e Moura Brasil, fundou a revista científica *União Médica*, dedicada prioritariamente a pressionar as autoridades para que tomassem medidas sanitárias contra a progressão da *sífilis* no país (Ribeiro, 1931:115). No mesmo ano, associando-se a outros eminentes médicos do Rio,[7] participou ativamente da fundação da **Policlínica Geral do Rio de Janeiro**, cuja finalidade, segundo a ata de criação, era "o tratamento gratuito dos doentes pobres em um ambulatório Central e em domicílio, **bem como ao ensinamento das especialidades médicas e cirúrgicas, e, mais ainda, a todos os trabalhos de investigação relativamente à medicina experimental**" (*apud* Araújo, 1982:202, grifo meu).

A Policlínica seria inaugurada em julho de 1882, sendo Silva Araújo o encarregado de, na presença do imperador, proferir o discurso solene (Idem). Segundo Simon Schwartzman, os fundadores da Policlínica tinham por objetivo "modernizar o caráter do ensino oferecido na Faculdade", que, apesar das reformas por que passava, ainda se mostrava resisten-

---

[6] Nos anos 1930, escrevendo sobre o pai, o também sifilógrafo Oscar da Silva Araújo reproduz um relato do oftalmologista Hilário de Gouveia que, além de divertido, é bastante significativo do ponto de vista antropológico. Trata-se de um "incidente" ocorrido nesta conferência, envolvendo Silva Araújo e Sua Majestade: "D. Pedro II estava presente; terminada a dissertação, Silva Araújo convidou-o a examinar algumas preparações. Timidamente começou a instruir Sua Majestade no manejo do microscópio que procurava focalizar, quando foi, de um modo um tanto brusco, interrompido pelo Imperador, que disse não ser para ele nenhuma novidade aquele instrumento científico, pois na Europa tivera já a oportunuidade de manobrá-lo. Mas o Imperador, se é que de fato já o maneara, não estava certamente seguro da técnica. Por esse tempo, não se usavam ainda os espelhos duplos e, a uma manobra infeliz do soberano, virou-se o espelho, desapareceu a iluminação do campo e tornou-se impossível a observação. Isso não impediu que Pedro II continuasse a dispensar a ajuda do conferencista e que, entre elogios à obra de Pasteur, dissesse que estava vendo perfeitamente" (Araújo, 1930:282). Muito além da "vaidade imperial", esta pequena anedota ilustra exemplarmente o fato de a força de implantação e de difusão de idéias científicas depender tanto da realidade que supostamente "desvelam", quanto da autoridade social de onde promanam.

[7] Nomeadamente: Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo – especialista em moléstias da infância; Francisco Borges de Souza Dantas e Júlio Rodrigues de Moura – especialistas em moléstias tropicais, tendo sido Moura assíduo colaborador da *Gazeta Médica da Bahia*; Pedro Severiano de Magalhães – cirurgião, também especialista em doenças tropicais; João Pizarro Gabizo – especialista em dermatologia e sifilografia, Domingos de Almeida Martins Costa e João Carlos Teixeira Brandão – ambos especialistas em moléstias nervosas; Henrique Carlos da Rocha Lima – especialista em doenças do coração e pulmão; José Cardoso de Moura Brasil – oftalmologista formado pela Bahia; Carlos Pires Ramos e José Rodrigues dos Santos – especialistas em obstetrícia e ginecologia; Cypriano Barbosa Bettamio – especialista em laringologia e rinologia; e, finalmente, Antônio Loureiro Sampaio (Araújo, 1982:202). De todos os treze médicos que fundaram a Policlínica, apenas Sampaio e Pizarro Gabizo não seriam incluídos em seu primeiro corpo clínico (Santos Filho, 1991:485).

te a imprimir em seus cursos "um caráter experimental e prático" (Schwartzman, 1979:120). Ainda segundo o mesmo autor, teria sido em seu âmbito "que se iniciaram os primeiros trabalhos científicos ligados à medicina" no Brasil (Idem). Efetivamente, um dos principais articuladores da Policlínica foi o especialista em "moléstias de crianças" Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai), que já vinha pedindo reformas no ensino médico desde 1874. Além disso, parece certo, como aponta Schwartzman, que a Policlínica foi, no Brasil, pioneira na incorporação das idéias bacteriológicas e das práticas dela derivadas. Segundo diz, na Policlínica, "a partir de 1883, já se tratavam as doenças infecciosas segundo as recém-divulgadas teorias de Pasteur" (Idem).

Inicialmente, em seus primeiros quadros, não havia professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, embora alguns de seus médicos viriam a sê-lo rapidamente, com a criação, em 1883, de novas cadeiras.[8] Foi o caso de Teixeira Brandão (clínica psiquiátrica), Martins Costa (2ª clínica médica de adultos). Alguns deles, como Júlio Rodrigues de Moura (clínica de patologia intertropical) e Pedro Severiano de Magalhães, são considerados herdeiros ou continuadores, no Rio de Janeiro, da obra dos tropicalistas baianos (Santos Filho, 1991:16). Cumpre notar que, além dos herdeiros, ali estava o próprio Silva Araújo, membro legítimo do grupo de parasitologistas do Norte e recém-instalado na Corte.

Na Policlínica, até a sua súbita morte em 1900, Silva Araújo seria simultaneamente o chefe do **Serviço de Doenças de Pele e Sífilis** e diretor do **Laboratório de Microscopia**.[9] Além disso, valendo-se da instituição dos cursos livres no país, criou paralelamente à cátedra oficial da Faculdade, um curso de especialização em dermatologia e sifilografia. Segundo diria o sifilógrafo Joaquim Mota meio século depois, Silva Araújo imprimiu um cunho "verdadeiramente científico" a seu curso de especialização, fazendo acompanhar suas preleções por demonstrações microscópicas, por preparações histológicas e parasitológicas e, principalmente,

---

[8] Ao que parece, há um certo desentendimento quanto à composição do corpo de médicos que se reuniu na Policlínica. Schwartzman cita apenas cinco médicos da Policlínica, responsáveis pelos tais "primeiros" trabalhos científicos brasileiros: Pertence, Caminhoá, Ramiz Galvão, Nuno de Andrade e Kossuth Vinelli. Ora, os meus próprios dados e os apresentados por Santos Filho (1991) e Araújo (1982) revelam, entretanto, que nenhum deles, que eram à época todos professores da Faculdade, fizeram parte do grupo inicial da Policlínica. Trabalhos bem mais recentes, como o de Benchimol, continuam colocando indevidamente na Policlínica os nomes de Ramirez Galvão e Nuno de Andrade, além de Hilário de Gouvêa (Benchimol, 1990:229).

[9] Em 1900, seu discípulo mais dileto, Werneck Machado, diz que Silva Araújo teria sido o "primeiro diretor do laboratório microscópico" (Machado, 1930[1900]:329). Entretanto, ao enumerarem o primeiro corpo clínico da Policlínica, historiadores mais recentes dão o farmacêutico José Pereira Lopes como chefe do laboratório de "análises químicas" (Santos Filho, 1991:485) ou "clínicas" (Araújo, 1982:203). Haveria dois laboratórios?

por então moderníssimas projeções luminosas, o que fez com que fossem alcunhadas por "invejosos e desafetos" de "teatro João Minhoca" (Mota, 1930:299).

A Policlínica Geral do Rio de Janeiro transformava-se assim, simultaneamente, no posto de observação, experimentação e ensino de Silva Araújo. Nela, recolheu suas estatísticas sobre a propagação e modo de incidência da *sífilis* no Rio de Janeiro, desenvolveu seus estudos sobre *cancros sifilíticos extragenitais* e sobre outras dermatoses tropicais, como a *bouba* ou *framboesia trópica* que, até então, muitos consideravam uma forma tropical, especialmente maligna, da *sífilis*, atingindo especialmente os indivíduos da raça negra.[10] Além disso, com seu discípulo Bruno Chaves, estabeleceu o valor terapêutico para *sífilis* de um sal de mercúrio (o salicilato), que iria ser utilizado no tratamento da *doença* até os anos 40 (Germeck, 1941). Após a publicação dos resultados em revistas norte-americanas e francesas, a descoberta iria aumentar ainda mais seu prestígio internacional (Machado, 1908). Além de Bruno Chaves, trabalhavam na Policlínica com Silva Araújo, jovens médicos que posteriormente teriam grande projeção, ou no campo da sifilografia, como Werneck Machado e Alfredo Porto, ou no campo da patologia tropical, como Oswaldo Cruz.[11]

---

[10] Sobre a identidade entre a *bouba* e a *sífilis*, uma interessante polêmica se estabeleceu em 1898 entre os médicos Lopo de Albuquerque Diniz e Chapôt-Prévost (Diniz, 1898). O primeiro defendia a identidade entre as duas moléstias; o segundo as diferenciava. Aparentemente, nos meios médicos, este tipo de polêmica só terminaria definitivamente depois de 1905, ano em que Castellani identificou o agente causador da *bouba*, também conhecida como *pian* ou *yaws*. Tratava-se de um outro treponema (*treponema pertenue*), morfologicamente idêntico ao espiroqueta pálido e que, embora cedesse também à ação do mercúrio, não era de transmissão sexual. Segundo Bechelli, a *bouba* era encontrada sobretudo nas zonas tropicais, nas Américas, África, sudeste da Ásia e Oceania (Bechelli, 1976:809).

[11] A real importância de Silva Araújo e de outros médicos de sua geração para a implantação da bacteriologia no Brasil ainda está por ser plenamente estabelecida. Para isso, esperamos o trabalho que, sobre o assunto, vem realizando o historiador Jaime Benchimol. De todo modo, é significativo que, antes de empreender seu decisivo estágio no Instituto Pasteur, entre 1896 e 1899, Oswaldo Cruz tenha trabalhado na Policlínica, ligado justamente ao serviço de Silva Araújo. Segundo Benchimol, depois de formado, Cruz teria sido "convidado para organizar, na Policlínica, o serviço de análise para diagnóstico de sífilis e moléstias internas" (Benchimol, 1990:15). Com Salles Guerra, Silva Araújo e seus colaboradores mais imediatos, Werneck Machado e Alfredo Porto, Oswaldo Cruz formou um grupo para aprender o idioma alemão que ficaria conhecido como "grupo dos cinco germanistas" (Idem, 230). Stepan fala do mesmo grupo (Stepan, 1976:72), sem entretanto se referir a Silva Araújo, de quem trata muito rapidamente quando aborda os "tropicalistas" baianos, dando a entender que aquele surto de "medicina experimental" havia terminado ali mesmo, na Bahia, com a dificuldade de reprodução de quadros (Idem, 60). Retornando de Paris, Oswaldo Cruz voltaria a cuidar dos exames bacteriológicos da Policlínica, fazendo parte de seu conselho até 1907 (Benchimol, 1990:179). Neste ano, foi destituído devido a um conflito que o oporia ao então presidente da instituição, Moura Brasil, que, ao que parece, queria expurgar as atividades de ensino e pesquisa que vinham sendo ali desenvolvidas (Idem, 230).

Embora existam informações sobre divergências propriamente teóricas entre Silva Araújo e Pizarro Gabizo, que, naquele mesmo momento, assumia a cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Mota, 1930; Rabelo Filho, 1947), será no campo da profilaxia pública da *sífilis* que, como veremos, o antagonismo entre o grupo de Silva Araújo e o dos professores da Faculdade se mostrará mais intenso. Como se verá adiante (*Castigos, Doenças e Troféus*, cap. 3), tais divergências se explicitariam de modo contundente já na primeira grande discussão sobre a profilaxia pública da *sífilis* e das *doenças venéreas*, que, motivada por Silva Araújo, ocorreria na Academia Nacional de Medicina em 1890.

Enfim, quando, em 1889, realizou-se, em Paris, o **1º Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia**, Silva Araújo já contava, aos 36 anos, com projeção internacional suficiente para fazer parte de seu comitê organizador, como um dos treze delegados estrangeiros (*Comptes rendus,* 1890). Embora Silva Araújo não tenha podido estar presente ao congresso, o Brasil se fez representar por Adolfo Lutz, outro jovem e brilhante médico-cientista que, formado pela Faculdade de Medicina de Berna, já havia se notabilizado pelas pesquisas sobre a lepra que realizara nas ilhas havaianas, no leprosário de Molukay (Teixeira, 1994:44). Coube ao futuro diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, que iria ser criado em 1892, a honrosa tarefa de pronunciar um dos discursos de encerramento do encontro. O congresso estava sob a presidência de honra do já então mítico Philippe Ricord e se realizou no *Hospital de Saint Louis*, o grande centro internacional da sifilografia do momento. Ali reinava soberano o mestre Alfred Fournier, considerado, então, a maior autoridade internacional em *sífilis*.

Silva Araújo continuaria presente nos comitês organizadores dos subseqüentes congressos internacionais de sifilografia realizados em Viena (1893) e, novamente, em Paris (1900). Foi ainda presidente da Seção de Moléstias da Pele e Sífilis do Congresso Médico Pan-Americano, realizado por ocasião da exposição de Chicago, em 1893 (Mello, 1930[1900]). Quando morreu, aos 46 anos, ocupando nada menos que a presidência da Academia Nacional de Medicina, Silva Araújo deixou uma centena de trabalhos científicos publicados, entre os quais destacam-se os três volumes de um inacabado *Atlas des maladies de la peau*. Reflexos de uma carreira que lhe valeu inúmeras honrarias e um sólido prestígio acadêmico dentro e fora do país. Além das sociedades já citadas, Silva Araújo terminou sua carreira como membro correspondente do Círculo Médico Argentino, do Instituto de Coimbra, da Sociedade de Dermatologia de Viena, da Academia Real de Ciências de Lisboa e, finalmente, do mais prestigiado

círculo sifilográfico de então, a Sociedade de Dermatologia e Sifilografia de Paris (Mello, 1930[1900]). Além disso, obteve o título de membro honorário da Faculdade de Medicina e Farmácia do Chile.

A meu ver, a trajetória intelectual de Silva Araújo oferece elementos importantes para se compreender o que, desde o início, tornava o campo da dermato-sifilografia tão florescente no país e prestigiado no exterior: sua estreita articulação com a parasitologia tropical e, posteriormente, com a bacteriologia. Como diria Oscar da Silva Araújo, em 1925, refletindo sobre a trajetória do pai: "Foi, pois, o laboratório que o trouxe para a especialidade". Fato que, como diz, se reproduziria posteriormente na trajetória de outros eminentes dermato-sifilógrafos patrícios, como o fluminense Eduardo Rabelo e o paulista Adolfo Lindemberg (Anônimo, 1925:IV).

Muito provavelmente, o fato de ser um campo emergente no Brasil, ou em processo de profunda renovação, fez com que a dermato-sifilografia se tornasse desde logo mais permeável às novas teorias etiológicas e uma especialidade mais aberta para a afirmação de novos talentos. Em 1930, referindo-se também à trajetória de Silva Araújo, o sifilógrafo Joaquim Mota parece sugerir explicitamente tal interpretação, dizendo que, depois de ter tentado ingressar na área da cirurgia e de ter sido impedido por suas idéias bacteriológicas, Silva Araújo se voltou para os novos campos da parasitologia e da dermatologia. Segundo diz: "O laboratório empolgou-o completamente, afastando-o de seu primitivo campo de ação – a Cirurgia. A hostilidade do meio foi talvez a força que o impeliu nessa direção: a Parasitologia ensaiava os seus primeiros passos e ele compreendeu bem cedo que sua capacidade de trabalho, a firmeza de sua vontade, melhor seriam aplicadas na obra de desbravação do vasto campo que então apenas se começava a desvendar". Depois, complementa, "o estudo da Parasitologia [...] levou-o insensivelmente para o campo da Dermatologia" (Mota, 1930:297).

De todo modo, como ainda se verá mais detalhadamente, foi sobretudo Silva Araújo que, ao longo das décadas de 1880 e 1890, em contato direto com a intensa movimentação dos centros europeus em torno do *perigo venéreo*, passou a denunciar sistematicamente a progressão do mal na população brasileira, chamando a atenção dos próprios médicos, dos governantes e da população em geral para o problema.

Nasce uma especialidade

A carreira brilhante de Silva Araújo era já um excelente ponto de partida para toda uma geração de sifilógrafos que atuou nas primeiras décadas do século XX, dentre os quais se destacavam Aureliano Werneck

Machado, Fernando Terra, Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo. Com sua morte, o médico fluminense Werneck Machado, já então membro titular da Academia Nacional de Medicina, ocupou seu posto na Policlínica. Só o deixaria meses antes de morrer, em 1929 (Anônimo, 1929). Diferentemente de Silva Araújo, o perfil de Werneck Machado parece ter sido antes o de um professor e de um competente clínico, do que o de um cientista ou pesquisador. No elogio fúnebre que os *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia* publicam em 1929, ressalta-se sobretudo a obra "Clínica Dermato-Sifilográfica", de cunho didático (Anônimo, 1929:VIII). Além disso, Werneck Machado foi o primeiro historiador da *luta antivenérea* no Brasil, deixando-nos pelo menos um trabalho importante sobre o assunto, com farto acervo documental (Machado, 1915). Como veremos, sua atuação foi principalmente no sentido de continuar a agitação social em torno do *perigo venéreo*, iniciada por seu mestre. No necrológio de 1929, ressaltava-se sobretudo o fato de ter sido ele o responsável pela criação no Brasil, "graças a uma propaganda pertinaz pela imprensa e pela tribuna das sociedades médicas", de uma "consciência sanitária" em relação às *doenças venéreas* (Anônimo, 1929).[12] Ainda segundo o mesmo necrológio, tal trabalho de agitação teria sido fundamental para a sensibilização das autoridades da República que, como veremos, acabariam colocando em prática uma política nacional de combate a tais males, a partir dos anos 20.

A importância da introdução do ensino especializado para o desenvolvimento da dermato-sifilografia no Brasil já era ressaltada em 1908 por Werneck Machado. Embora não fosse professor da Faculdade, foi ele quem fez o balanço da especialidade para a publicação comemorativa ao centenário do ensino médico no Brasil, organizada por Alfredo do Nascimento e Silva.[13] Segundo diz, até 1882 "a bibliografia ressente-se da escas-

[12] Werneck Machado tornou-se membro correspondente das sociedades francesa e argentina de dermatologia e sifilografia. Mas, diferentemente de Silva Araújo, o seu prestígio internacional parece ter advindo principalmente do reconhecimento de sua atuação como propagandista em prol da adoção de medidas para a profilaxia pública da *sífilis* e das *doenças venéreas* entre nós. Nesse sentido, além de ter sido membro correspondente da Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral e de ter sido indicado como vogal para o Brasil na Liga Latino-Americana Contra a Avaria, fundada em Montevidéu, em 1907, Werneck Machado receberia, em 1911, a medalha de prata na Exposição Internacional de Higiene Social de Roma, por seus trabalhos de propaganda popular contra a *sífilis* (Anônimo, 1929).

[13] É interessante que, em seu balanço, Werneck Machado tenha agrupado a dermatologia, a sifilografia e a venereologia, incluindo nesta última os trabalhos sobre a blenorragia, que, ao menos no Brasil, sempre foi objeto da urologia. Ao que parece, em países como os Estados Unidos, a *sífilis* e as demais *doenças venéreas*, logo se constituiriam em um campo à parte, designado por venereologia. No Brasil, tenho nota da existência de cursos de venereologia apenas na década de 1930 e, pelo menos até a década seguinte, são basicamente os dermatologistas que estudavam a *sífilis*.

sez dos elementos e da pouca resistência do terreno propício ao respectivo desenvolvimento" (Machado, 1908:449). Depois disso, os trabalhos teriam se multiplicado e, em 1908, quando escreveu sua contribuição, Werneck Machado falava de um "campo de estudos em progresso rápido, participando do vigoroso impulso observado nos centros europeus" (Idem). Segundo dizia, "...patenteia este fato, o aparecimento de novas contribuições cada vez mais importantes e reveladoras da mais evidente firmeza em busca de sua plena independência e expansão" (Idem, 450).

Para ele, embora a maior parte de tais contribuições refletissem ainda conhecimentos divulgados pela literatura estrangeira, era "...de justiça entretanto consignar os dados fornecidos já pela observação colhida em nosso meio, onde, além dos estudos sobre a sífilis e as moléstias venéreas, torna-se sensível um crescente interesse pelas investigações não só referentes às moléstias da pele comuns a todos os países como principalmente as conhecidas sob a denominação de intertropicais, e de sua respectiva terapêutica, registrando a bibliografia, não pequeno número de contribuições dignas de nota" (Idem, 454).

Nas palavras de Machado, vê-se claramente espelhado o ideal que, intensamente perseguido pela sifilografia, parece ter caracterizado a medicina brasileira como um todo entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX: o de se constituir em ciência genuinamente nacional (Schwarcz, 1993). Efetivamente, se os sifilográfos brasileiros gravitavam em torno de teorias e idéias produzidas na Europa, não deixaram de apresentar dados, descobertas e interpretações bastante originais, participando ativamente das emergentes reuniões internacionais, quer fossem dedicadas a discussões propriamente técnico-científicas, quer às melhores "armas" a serem utilizadas na *luta antivenérea*.

Efetivamente, a partir da primeira década do século XX, os focos de produção científica voltados para problemas referentes à dermatologia começavam a se diversificar no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Para isso, foi fundamental o surgimento e consolidação de centros de pesquisa bacteriológica e parasitológica como Manguinhos, no Rio, e os institutos Pasteur e Bacteriológico, em São Paulo. Neles, eminentes cientistas como Adolfo Lutz, Gaspar Vianna, Antônio Carini, Adolfo Lindemberg e Ulisses Paranhos passaram a desenvolver pesquisas originais sobre algumas doenças estudadas pela dermatologia, como a *lepra*, a *leishmaniose* e a *blastomicose sul-americana*. Para que se tenha uma ligeira idéia da importância de suas contribuições, basta lembrar que a *blastomicose sul-americana* ou *moléstia de Lutz* foi descrita pela primeira vez por Lutz, em 1908 (Zamith, 1976:701). Em 1911, o pesquisador de Manguinhos, Gaspar Vianna, diferenciava a *leishmaniose tegumentar*

americana da *oriental*, "identificando" um microorganismo específico, a *leishmania brasilienses*, como causa da primeira. No ano seguinte, estabelecia o valor do tártaro emético no tratamento da doença, "abrindo caminho, como diz Benchimol, para seu uso no *granuloma venéreo* e na *esquistossomose*" (Benchimol, 1990:44). O trabalho de Gaspar Vianna apoiava-se em pesquisas anteriormente desenvolvidas em São Paulo por Ulisses Paranhos e Antônio Carini, ambos do Instituto Pasteur, e por Adolfo Lindemberg, do Instituto Bacteriológico. Em 1908/1909, observando inúmeros casos de doentes acometidos pela então chamada *úlcera de Bauru* que afluíam à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, eles já haviam isolado seu agente causador, identificando-o, entretanto, com a *leishmania trópica* que, já se sabia, causava em outras partes do globo a doença conhecida como *botão do oriente* (Teixeira, 1994:124-126). Tal conjunto de trabalhos não só confirmava a existência da *leishmaniose* no Brasil, como estabelecia sua especificidade e modo de tratamento.

Tendo como campo didático e experimental a Santa Casa de Misericórdia, onde funcionavam dois consultórios, uma enfermaria para homens e, a partir de 1910, outra para mulheres (Machado, 1915), a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro parece seguir, até a primeira década do século XX, um tanto distanciadamente os "progressos" que, ao menos quanto à pesquisa médica, realizavam-se fora dela. Pizarro Gabizo, primeiro catedrático de sifilografia, morreu em 1904, quatro anos após Silva Araújo. Depois de vinte e dois anos como professor da especialidade, não parece ter deixado qualquer trabalho de maior vulto sobre o assunto. Talvez isso se explique pelo fato de a cátedra oficial da Faculdade ter sido ocupada, até pelo menos a década de 1920, por especialistas mais voltados para a *lepra* do que para a *sífilis* ou outras dermatoses. Ao menos, é o que faz pensar o fato de tanto Pizarro Gabizo, quanto o seu sucessor Fernando Terra terem mantido, além da cátedra, a direção do importante Hospital de Lázaros de São Cristóvão. De todo modo, era fora dos quadros da faculdade que, além de Silva Araújo, Juliano Moreira,[14] Werneck Machado, Adolpho Lutz, Gaspar Vianna etc. vinham desenvolvendo até ali suas atividades. Porém, progressivamente, a faculdade vai se aproximando dos experimentalistas e, para isso, parece terem contribuído de forma decisiva Fernando Terra e Eduardo Rabelo. Em 1906, ambos são aprovados em primeiro lugar no concurso para a cátedra de dermatologia e sifilografia da Faculdade do Rio. Fernando Terra foi nomeado, mas incumbiu Eduardo Rabelo da organização do Laboratório de Clínica

[14] Quando, em 1904, funda-se a Policlínica de Botafogo, ainda em sua "fase dermatológica", Juliano Moreira ocupava a chefia do Serviço de Moléstias de Pele, enquanto Oswaldo Cruz se ocupava do laboratório. Três ou quatro anos depois, Moreira seria substituído por Eduardo Rabelo.

Dermatológica da Faculdade (Marques, 1941). Eduardo Rabelo já estava então na chefia do Serviço de Doenças de Pele e Sífilis da Policlínica Geral de Botafogo e havia desenvolvido sua tese de doutoramento, intitulada **Hematologia na ancilostomose**, nos laborátorios de Manguinhos. Anos mais tarde (1934), em discurso em homenagem a Fernando Terra, Rabelo diria ter sido Terra quem, à frente da cadeira de dermatologia e sifilografia da faculdade, atualizou o estudo da especialidade no Brasil, aproximando-o das "modernas aquisições no domínio da pesquisa clínica e experimental" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano IX, nº 1, 1934, p.22). À mesma época, outros nomes importantes iriam ser agregados à clínica dermatológica da Faculdade e ao serviço de *sífilis* da Santa Casa de Misericórdia. Entre eles, o filho de Silva Araújo, Oscar da Silva Araújo, que se encaminhou para a mesma especialidade do pai. Tornar-se-ia, anos mais tarde, um dos mais importantes especialistas brasileiros em *dermatoses tropicais*, dedicando-se especialmente ao estudo da *bouba*. Além disso, produziu trabalhos importantes sobre a história epidemiológica da *sífilis* no Brasil (Araújo, 1928), cujo valor seria amplamente reconhecido por Gilberto Freyre, em *Casa grande e senzala*.

Assim, por volta de 1912, já havia no Rio de Janeiro as condições para o surgimento da **Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia**, que, significativamente, passou a articular o grupo ligado à Faculdade, que contava com Fernando Terra, Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo; o grupo ligado a Manguinhos, com Lutz, Vianna, Area Leão, Heráclides César de Souza Araújo, entre outros; e, finalmente, o grupo ligado à Policlínica, com Werneck Machado e seus auxiliares. Além disso, agregava, como membros correspondentes, médicos que trabalhavam em outros estados, entre os quais Antônio Carini e Adolfo Lindemberg que, como vimos, pertenciam a institutos de pesquisa paulistas. Até 1925, Fernando Terra se manteria na presidência da entidade, com Werneck Machado ocupando a vice-presidência. Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo eram os secretários. Progressivamente, em torno desse núcleo central iriam agregar-se inúmeros outros médicos cariocas e de todo o Brasil.[15]

Em 1918, em plena guerra européia, reunia-se no Rio de Janeiro o **1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia**, "atestado vivo", como diria Fernando Terra em seu discurso de abertura, "de nossa emancipação intelectual". Falando sobre o Brasil, Fernando Terra

[15] Entre os mais importantes: Juliano Moreira, Moncorvo Filho, Teófilo de Almeida, A. F. da Costa Jr., Joaquim Mota, Gilberto e Henrique de Moura Costa, Renato Khel, Antônio Austregésilo, Armínio Fraga, João Ramos Silva, Olympio da Fonseca Filho, Parreiras Horta, Artur Moses, Antonio Aleixo, Francisco Clementino, Jorge Lobo, A. Leitão, U. Nonohay, Carlos Chagas, Artur Neiva, Fernandes Figueira etc.

apontava "...a obra ingente de celebradas descobertas, que se aquilatam pelos conhecimentos seguros que nos orgulhamos de ter hoje sobre uma lista numerosa de doenças..." (Terra, 1921:4). Terra destacava a *leishmaniose*, a *blastomicose*, a *úlcera fadegênica tropical*, a *bouba* ou *pian*, a *larva migrans*, o *granuloma ulceroso*. Além disso, ressaltava a importância do trabalho dos brasileiros na melhor delimitação do próprio conceito de *sífilis*, pois, conforme dizia, muitas dessas doenças "despejavam no vasadouro comum da sífilis e da tuberculose" (Idem).

Sem falsa modéstia, dizia ser "admirável o progresso rápido que logrou alcançar nos derradeiros tempos a nossa patologia cutânea", tanto no que dizia respeito ao esclarecimento da etiologia de várias doenças, quanto à sua terapêutica (Idem). Afirmava também que o desenvolvimento da especialidade já não se restringia mais, como em fins do século XIX, ao Rio de Janeiro e Bahia, pois outros centros regionais de ensino e de pesquisa vinham se implantando, com o surgimento de faculdades de medicina em São Paulo, Belo Horizonte e Porto Alegre.

Nas décadas seguintes, com a multiplicação dos serviços e das cátedras, a comunidade dos dermato-sifilógrafos brasileiros se expandiria e se consolidaria. Nesse sentido, a década de 1920 foi particularmente auspiciosa, pois, em seu início, um dos mais promissores representantes dessa comunidade elaboraria e executaria o primeiro programa nacional de combate à *sífilis*. Trata-se de Eduardo Rabelo, cujo enorme prestígio acadêmico, nacional e internacional, faz com que possa ser considerado o legítimo herdeiro do velho Silva Araújo. Porém, diferentemente deste último, Rabelo conseguiria concentrar em suas mãos poderes institucionais muito maiores. Trabalhando como auxiliar técnico do Laboratório de Bacteriologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde 1906-7 (Seidl, 1914), Rabelo se tornaria, em 1915, professor substituto da cátedra ocupada por Fernando Terra. Desde 1912, era secretário da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e, em 1914, foi enviado pelo então diretor da Diretoria Nacional de Saúde Pública, Carlos Seidl, à Europa, para estudar as medidas lá adotadas para a profilaxia da *sífilis*. No início dos anos vinte, Rabelo seria nomeado para a direção geral da então criada **Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas**, sendo incumbido por Carlos Chagas de organizar e executar a campanha contra as *doenças venéreas* e a *lepra* no país. Três anos após o início da campanha, em 1925, com a aposentadoria de Fernando Terra, Rabelo assumiria a titularidade da cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (da qual viria a ser, anos mais tarde, diretor) e a presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (Marques, 1941). Seria detentor, portanto, de uma posição institucional re-

almente extraordinária. Durante um certo período, ocupou simultaneamente a cátedra de sifilografia mais importante do país (e, conseqüentemente, a chefia das enfermarias da prestigiosa Santa Casa de Misericórdia), a direção nacional da luta contra *sífilis* e, finalmente, através da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a liderança da comunidade de especialistas brasileiros. Em certa medida, o prestígio de Rabelo se ancorava também em sua produção acadêmica. Em elogio fúnebre escrito em 1941, o herdeiro de sua cadeira na Academia Nacional de Medicina diz que, embora fosse mais um homem de ação e tivesse publicado muito pouco, Rabelo teria deixado importantes contribuições científicas, entre as quais destacava: "...a teoria unitária da leishmaniose tegumentar, o conceito de framboesia trópica que, secundado por Austregésilo e [Oscar da] Silva Araújo, mostrou não ser o de doença trifásica, como a sífilis, mas sim o da ocorrência de lesões de tipos diversos não distribuídas em ordem regular; os estudos sobre lepra tuberculóide, de que lhe coube indiscutível prioridade no acentuar a importância, mostrando mesmo constituir uma terceira forma do mal" (Marques, 1941:288).

Até 1940, ano de sua morte, Eduardo Rabelo seria secundado na Faculdade, na Sociedade e na Inspetoria, por Oscar da Silva Araújo. Em 1926, Silva Araújo o substituía na chefia da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e, depois de 1940, na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, onde permaneceria por dois anos, até a sua própria morte, em 1942.

A partir dos anos 20, sob a liderança de Rabelo e Silva Araújo, inaugurou-se o que parece ter sido a idade de ouro da sifilografia brasileira e, simultaneamente, como veremos, da *luta antivenérea* no país. Antes de mais nada, a figura do especialista era oficialmente consagrada no Regulamento Sanitário que, em 1920, reorganizava radicalmente a saúde pública brasileira, criando a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas.[16] Segundo o Regulamento, os médicos recrutados, em todo o território nacional, para os futuros serviços *antivenéreos* deveriam ser escolhidos entre os que tivessem "conhecimentos especializados em relação à lepra e às doenças venéreas" (*Diário Oficial,*

[16] Em seu relatório ao ministro da Educação e Saúde referente ao ano de 1944, J. B. Barreto (diretor do Departamento Nacional de Saúde), esclarece que o Regulamento Sanitário de 1920 foi aprovado pelo decreto 14.189, de 26/03/1920, sendo ministro da Justiça e Negócios Interiores Alfredo Pinto. Tal decreto transformava a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública em Departamento Nacional de Saúde Pública. Ainda segundo Barreto, o decreto 14.189 teria sido substituído mais tarde pelo decreto nº 14.354, de 15/09/1920, modificado pelo de nº 15.003 de 15/09/1921, e ainda alterado pelo de nº 16.300, de 31/12/1923 (Barreto, 1945). O texto integral do Regulamento a que tive acesso foi o que acompanha o decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.

16/09/1920:15547). Ora, os únicos médicos que estudavam conjuntamente a *lepra* e, além do *cancro mole*, a mais importante das *doenças venéreas*, a *sífilis*, eram os dermato-sifilógrafos. A *blenorragia* era a única das *doenças venéreas* então conhecidas que lhes escapava, sendo estudada pelos urologistas que, à época, apenas começavam a implantar sua especialidade entre nós. A Sociedade Brasileira de Urologia seria fundada em 1926 e que as primeiras cátedras da especialidade apenas seriam criadas no país em 1929 e 1930, na Faculdade Fluminense de Medicina e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, respectivamente (Goyanna, 1986:460). O primeiro congresso brasileiro de urologia só se realizaria, na capital federal, em 1935.

A relevância da sifilografia na formação do clínico generalista era também reconhecida em artigo especial do Regulamento, que estabelecia ser dever do novo Departamento Nacional de Saúde Pública "esforçar-se com empenho junto das Faculdades de Medicina do país para que seja obrigatório aos alunos o exame de Venereologia, e estágio em um serviço clínico especializado, e bem assim lhes seja ministrada a maior soma possível de conhecimentos práticos quanto ao diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças venéreas (Idem, 15570).[17]

Porém, inexistindo uma venereologia, enquanto cátedra e especialidade autônoma – a primeira de que tenho notícia apenas seria criada em meados dos anos 30, na Faculdade de Ciências Médicas do Rio (Machado Filho, 1941:34) –, é a dermato-sifilografia que se tornaria obrigatória. Já em 1922, com o voto de louvor da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a freqüência e o exame de clínica dermatológica e sifilográfica tornavam-se obrigatórios na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Como diziam os sifilógrafos, até então o aluno podia atravessar os seis anos do curso de medicina sem fazer um estudo sistematizado e integral da *sífilis*, apesar de que "aqui e ali, continuamente, quase à beira de cada leito, via o estudante indicar o professor de clínica os efeitos da lues" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 3, junho, 1925, p.41). Aos olhos dos sifilógrafos, a obrigatoriedade se justificava pelo fato de que a "cadeira de clínica dermatológica e sifilográfica, mais que qualquer outra clínica especializada, compreende o estudo de doenças que não só possuem um interesse geral para o médico prático, que não as pode desconhecer, como ainda envolve problemas sanitários de alta relevância social" (Idem).

[17] A luta dos médicos pela obrigatoriedade do exame em dermato-sifilografia nas faculdades de medicina data de finais do século XIX e já era aconselhada explicitamente pela Academia Nacional de medicina em 1890 (Almeida, 1902:338).

O Regulamento Sanitário outorgava também especiais poderes aos especialistas na luta contra seus "concorrentes desleais": curandeiros, charlatães etc., estabelecendo que a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas deveria ser consultada obrigatoriamente pela Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina e Farmácia "para concessão de licença de fabrico ou venda de preparado, oficinal ou especialidade farmacêutica antivenérea" (*Diário Oficial,* 16/09/1920:15570). Através de campanha educativa, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas deveria ainda "prevenir ao público por todos os meios possíveis, dos graves inconvenientes que traz à saúde pública o charlatanismo médico ou farmacêutico em relação às doenças venéreas e seu tratamento por pessoa que não seja devidamente habilitada" (Idem).

Em 1925, em meio a maior campanha contra a *sífilis* que o Brasil veria até meados da década de 1940, surgia o primeiro número dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, "órgão oficial" da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. Os primeiros números foram publicados por Eduardo Rabelo, Oscar da Silva Araújo e Gilberto de Moura Costa. Na direção científica, além de Werneck Machado, estavam, entre outros, Adolfo Lutz, Adolfo Lindemberg e Fernando Terra. Desde o início, a publicação contava ainda com inúmeros colaboradores de vários estados brasileiros, principalmente do Rio de Janeiro (com 42 colaboradores), São Paulo (com 7) e Salvador (com 4). No editorial do primeiro número, entre as razões para a criação do periódico, arrolava-se a importância ou o "notável desenvolvimento" desse ramo da medicina no Brasil: "Oswaldo Cruz ao criar a escola de Manguinhos e a Medicina experimental no Brasil fez com que se estudassem certas dermatoses parasitárias que com mais freqüência se observam nos climas quentes e sobre as quais os trabalhos brasileiros avultam hoje, não só pelo número, mas também pelo valor" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 1, 1925, 1ª p.).

Além disso, fazendo referência à campanha que vinha sendo desenvolvida pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, continuava o editorial "...a extensão que por todo o Brasil ganharam os serviços de combate às doenças venéreas despertou geral interesse pelo estudo da venereologia e particularmente da sífilis, que, hoje, graças ao grande número de centros de tratamento vai sendo bem observada pelos médicos brasileiros" (Idem).

Entre esses novos serviços, merece destaque a criação durante os anos de 1920, na capital federal, da **Fundação Gafrée-Guinle**. Vasta organização *antivenérea* que, além do tratamento de doentes, dedicava-

se também à pesquisa sifilográfica.[18] A pesquisa especializada passava também a ser desenvolvida no âmbito da própria Inspetoria que, segundo relatava em 1927 o inspetor geral, Oscar da Silva Araújo, teria se transformado em "centro de estudos", apresentando, durante a década de 20, trabalhos em congressos nacionais e internacionais.[19] Segundo a mesma fonte, seus técnicos, muitos dos quais pertencentes à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, desenvolviam pesquisas no laboratório da Inspetoria e, alguns deles, aprofundavam seus estudos "no estrangeiro". Além disso, Oscar da Silva Araújo dizia que: "Dos serviços da Inspetoria nos estados e na capital, especialmente dos que estão diretamente afetos à Fundação Gafrée-Guinle, tem saído várias teses, algumas premiadas pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e versando todas assuntos atinentes aos problemas de que cuida a Inspetoria" (Araújo, 1927:55).

Assim, a partir dos anos 20, a rede dos sifilógrafos estendeu-se por todo o país. No início dos anos 40, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia já conta com 112 associados, sendo 59 radicados no Rio de Janeiro e o restante em outros estados brasileiros e em outros países da América. Durante esse período, manteve-se em comunicação estreita com diferentes centros estrangeiros; recebeu a visita de importantes nomes da dermatologia internacional, notadamente da América Latina e dos Esta-

[18] Segundo Thompson Mota, diretor da Fundação Gaffrée-Guinle por volta de 1940, a instituição teria sido criada por Guilherme Guinle, através de escritura pública de 20/08/1923. Seu nome teria sido uma homenagem a Eduardo Palassin Guinle e Cândido Gaffrée, construtores do porto de Santos. A família Guinle teria investido dezesseis mil contos na construção do hospital e de dez ambulatórios erigidos no centro e periferia do Rio de Janeiro. Gilberto de Moura Costa teria sido seu primeiro diretor (Motta, 1941). De acordo com relatório do diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, encaminhado ao ministro da Justiça e Negócios Interiores em 1923, "para perpetuar a memória daqueles ilustres brasileiros – Cândido Gaffrée e Eduardo Guinle – resolveram os irmãos Guinle organizar, de acordo com o Governo, uma fundação especialmente destinada a auxiliar no combate à sífilis e às doenças venéreas, para o que, além de dispensários localizados em pontos diversos da cidade, será construído um hospital moderno, destinado ao tratamento de enfermos daquelas doenças" (*Relatórios do Ministro da Justiça e Negócios Interiores*, 1923, p.201). Em 1927, fazendo um histórico da cooperação entre a Fundação Gaffrée-Guinle e a Inspetoria, o então inspetor geral, Oscar da Silva Araújo, dizia que tal fundação teria sido "criada com o fim especial de auxiliar o Governo na campanha antivenérea, tomando a si a construção dos dispensários que se fizessem necessários e de um grande hospital" (Araújo, 1927). Além dos fundos fornecidos pela família Guinle, a fundação recebia subvenção votada pelo Congresso para a manutenção dos seus serviços. Para maiores informações sobre a Fundação, ver adiante *Injeções, Pomadas e Conselhos*, cap. 4.

[19] A Inspetoria teria apresentado trabalhos aos 2º e 3º Congressos Sul-Americanos de Dermatologia e Sifilografia, realizados respectivamente em Montevidéu/1921 e Buenos Aires/1926; à 1ª Conferência Americana da Lepra e ao 1º Congresso Nacional de Práticos, ambos realizados no Rio de Janeiro em 1922; à 3ª Conferência Internacional da Lepra e ao 3º Congresso dos Médicos de Língua Francesa, ambos realizados em Estrasburgo, em 1923; aos 1º, 2º e 3º congressos brasileiros de higiene, reunidos respectivamente no Rio de Janeiro/1924, Belo Horizonte/1925 e São Paulo/1926; às diversas conferências pan-americanas de higiene e ao 3º Congresso de Profilaxia e Higiene Social, realizado em Paris, em 1923 (Araújo, 1927:55).

dos Unidos;[20] e seus membros (principalmente Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo) foram ouvidos nos principais foros internacionais. Um bom exemplo da ampla representação brasileira nos encontros internacionais da especialidade nos anos 20/30 pode ser o 8º Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, realizado em 1930, em Copenhague. Além de haver 40 médicos brasileiros presentes, Eduardo Rabelo era um dos vice-presidentes do Congresso (*Comptes rendus,* 1931).

Os *Anais* eram a voz oficial dos sifilógrafos brasileiros. Até meados da década de 1930, iriam apoiar firmemente a política sanitária desenvolvida por Eduardo Rabelo e Silva Araújo, à frente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas. E, a partir da extinção da Inspetoria, em 1934, passariam progressivamente a assumir, através de seus editoriais, uma postura mais polêmica, chegando mesmo a criticar severamente a inação do longo governo Vargas quanto às *doenças venéreas*. É interessante notar que, no mesmo momento em que se extinguia a Inspetoria, ou seja, em meados da década de 1930, os *Anais* também passavam a dar mostras de um certo enfraquecimento. A publicação bimestral passa a ser praticamente semestral, sendo comum (como ocorre nos anos de 1936 e 1937) que os seis números previstos surjam agrupados em um único volume. Ao assumir em 1933 a direção científica e administrativa da publicação, o sifilógrafo A. F. da Costa Jr. reconhecia que "os Anais têm se ressentido da irregularidade da sua publicação, que afugenta os colaboradores e desinteressa os leitores" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano VII, nº 1, 2, 3, 1933). Além disso, durante os anos 30, é notável o decréscimo do número de artigos que, neles, tratavam especialmente da *sífilis*.

No campo mais amplo da medicina, os anos 30 se caracterizariam pelo surgimento de novos discursos especializados sobre a *sífilis*, deslocando-a em relação à dermatologia. Tal deslocamento coincidiu historicamente com a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e, como veremos, de toda uma proposta de intervenção social, até ali gestada basicamente no seio da comunidade dos dermato-sifilógrafos. Como índice dessa diversificação, temos o surgimento de outras publicações diretamente voltadas para a *sífilis*, mas tendentes a incluí-la com as outras *doenças venéreas*, no âmbito de uma venereologia, ou, com os demais *problemas sexuais*, nos quadros de uma sexologia. Entre tais publicações destacam-se o *Jornal de Sífilis e Urologia*, o *Jornal de Andrologia* e o *Boletim de Educação Sexual*.

---

[20] Entre eles, M. Aberastury e Pedro Balina – Argentina, Brito Foresti – Uruguai, José Inácio Uribe – Colômbia, Hermann Roeschman – Alemanha, Deaseaux – França, Joseph Ellers, Charles C. Dennie, Morris Moore, H. W. Hade, W. L. Cooke, Louis Schwartz, E. E. Meyers, Jerome P. Webster – E.U.A.

Aparentemente, a assimilação da *sífilis* à urologia buscava contribuir para a aproximação do seu estudo ao da outra mais importante *doença venérea*, a *blenorragia*. O *Jornal de Sífilis e Urologia* apareceu em 1930 com o nome de *Jornal de Sífilis, Doenças de Pele e do Aparelho Genito-Urinário*. Inicialmente, sob a direção do polêmico médico Reginaldo Fernandes, reunia em seu conselho editorial os mais eminentes dermato-sifilógrafos e urologistas cariocas: Eduardo Rabelo, Oscar da Silva Araújo, Fernando Terra, Joaquim Mota, entre os sifilógrafos, e Estelita Lins, Belmiro Valverde, entre os urologistas. Depois de um ano de existência, Reginaldo Fernandes explicava o sucesso da publicação pelas leis do "determinismo" do meio intelectual circundante: "A Sifilografia, melhor dizendo, a Dermato-sifilografia chegou a tal ponto, no Rio, como campo de experimentação clínica e observação científica, que o aparecimento do '*Jornal de Sífilis*' não pode ser olhado senão como uma conseqüência inevitável e lógica" (Fernandes, 1931:295).

Em seus dois primeiros anos de existência, o *Jornal de Sífilis* irá exibir as inconsistentes idéias marxistas de seu diretor que, em pontos capitais, irá discordar, como veremos, da política *antivenérea* adotada no Brasil.

O *Jornal de Andrologia* e o *Boletim de Educação Sexual* apareceram, respectivamente, em 1932 e 1933 e, durante toda a década, seriam publicados em grandes tiragens. Ambos são armas do duplo combate de um outro médico polêmico, José de Albuquerque, que significativamente não fazia parte da elite sifilográfica nacional. Seu primeiro objetivo era a disseminação da educação sexual e *antivenérea* no país. O segundo, a instituição de uma nova disciplina científica, batizada por ele de **andrologia**, que, a exemplo do que a ginecologia fazia com as mulheres, estudaria "a fisiologia, a higiene e a patologia sexuais do homem, bem como a terapêutica dos desvios mórbidos dessa função" (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 1, 1932, 1ª p.). Poupando os sifilógrafos, Albuquerque dirigiria suas críticas sobretudo aos urologistas. Do seu ponto de vista, não haveria relações assim tão estreitas entre o aparelho urinário e o sexual que não permitisse a existência de duas ciências (Idem). Além de estudar as alterações das funções sexuais (*homossexualidade*, *masturbação*, *impotência*, *ejaculação precoce*, *esterilidade* etc.), a andrologia deveria se ocupar também das alterações dos órgãos sexuais, o que incluía, além dos traumatismos, deformações etc., as infecções, especialmente as *doenças venéreas*. Como diria um dos colaboradores do *Jornal de Andrologia*, "as infecções e inflamações são o prato substancioso não só da Ginecologia como da Andrologia" (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 2, 1932, p.4). Porém, mais que as vicissitudes da andrologia no Brasil (objeto de considerações mais detalhadas adian-

te), o que interessa ressaltar neste momento é sobretudo a tendência que se evidencia através dela de dissolver-se o estudo da *sífilis* e das *doenças venéreas* no âmbito mais amplo de uma reflexão sexológica, colocando em cena, a partir dos anos 30, outros especialistas que passariam, como veremos, a avaliar tais males de novas perspectivas.

Efetivamente, não parece ter sido fácil aos sifilógrafos manterem a *sífilis* nos limites de sua especialidade. Antes de mais nada, porque o discurso que constroem a esse respeito carregava em seu seio uma contradição, característica talvez de todo campo ou subcampo científico que procura legitimar-se socialmente. De um lado, como vimos, em busca de reconhecimento, os sifilógrafos insistiam que a *sífilis* interessava a todos os ramos da medicina, devendo ser obrigatoriamente estudada nas faculdades.[21] De outro, simultaneamente, tinham que defender as fronteiras da especialidade contra a banalização do seu conhecimento, virtualidade da própria estratégia de implantação utilizada.

Em 1942, ao assumir, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cátedra que fora de seu pai, Francisco Eduardo Acioli Rabelo (ou Rabelo Jr.) tocava, em sua lição inaugural, justamente nesse ponto. Antes de mais nada, lembrava que se a *sífilis* devia ser estudada em **todas** as disciplinas do currículo médico, era necessário haver uma disciplina que "centralizasse" os estudos relativos à moléstia. Tal disciplina era indubitavelmente a dermatologia, pois, segundo ele, "é realmente sobre a pele que assistimos ao desenrolar das grandes etapas da sífilis". Porém, parecia supor que o médico prático ou clínico geral deviam apenas aprender o suficiente para reconhecer a doença e enviar o caso para o especialista, pois, conforme dizia "só o dermatologista sabe também como tem sido exagerada a atitute do médico prático em nosso meio quando vê a sífilis em toda a parte e, coisa pior, quando administra a torto e a direito a medicação anti-sifilítica" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano 17, nº 2, junho de 1942, p.102).

Este tipo de crítica era corrente e voltaria ainda na pena do sifilógrafo Perilo Galvão Peixoto, que, em meados da década de 1940, assumia a presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. Ao discorrer nos *Anais* sobre as dificuldades que a dermatologia encontrava para se estabelecer plenamente como disciplina autônoma, afirmava que, por vezes, tentava-se excluí-la do currículo médico, ou nomeava-se não-

---

[21] Essa reivindicação que, como vimos, vinha sendo explicitada desde finais do século passado, é ainda recolocada por volta de 1940. Nesse sentido, a grande conferência sobre profilaxia da *sífilis* promovida pelo Estado Novo em 1940 aprovava, entre suas conclusões finais, "a necessidade de melhorar o ensino médico no tocante ao estudo das doenças venéreas, exigindo-se estágio obrigatório em serviços especializados, dada a importância que cabe ao médico prático na profilaxia antivenérea" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis,* 1941:525).

especialistas para as funções dos dermatologistas. E voltava a atacar os clínicos: "Mais além, são os clínicos a untarem de pomadas os portadores de sífilis cutânea ou vice-versa, a abarrotarem de anti-sifilíticos quanta dermatose de causa externa lhes caia nas garras" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XX, nº 4, 1945, p.5).

Apesar de os sifilógrafos reclamarem até os anos 40 que sua especialidade não merecia a consideração devida nos cursos médicos, que sofria constantemente "invasões" de não-especialistas, ou ainda que o governo não dava a importância devida à *sífilis* enquanto problema de saúde pública, julgo que se deva considerar, de um modo geral, bem-sucedida a implantação da sifilografia no Brasil. Em parte, tal sucesso poderia ser explicado pela divulgação, entre nós, das terríveis características gerais que lhe vinham sendo atribuídas por pesquisadores estrangeiros (ver *Do Mal Venéreo à Sífilis* e *Sífilis Doença Universal*, cap. 1). Porém, além disso, os sifilógrafos brasileiros souberam fazer – e puderam fazer com que à *sífilis* se articulassem outros candentes problemas nacionais. Através de suas pesquisas e observações, delinearam uma espécie de "sífilis nativa", especificamente brasileira, cuja disseminação, sempre considerada alarmante, ao flagelar a "nossa raça", trazia renovados perigos para a nacionalidade. Como veremos no capítulo seguinte, potencializavam desse modo ainda mais os malefícios sociais da doença e a importância de sua prática profissional.

Apenas uma palavra de cautela antes de seguirmos. Não quero dizer com tudo isso que a história da implantação sifilográfica no Brasil, ou em outros países, possa ser reduzida apenas à análise do modo pelo qual os especialistas souberam construir seu problema e, demonstrando seu impacto social, puderam carrear recursos para suas atividades. Apesar de sua enorme importância em todo esse processo, havia também outros poderosos interesses em jogo e, ao menos no caso da *sífilis*, o papel da emergente indústria farmacêutica para a consolidação da rede de sifilógrafos mereceria uma pesquisa à parte. Periódicos como os *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia* e o *Jornal de Sífilis e Urologia*, eram em larga medida financiados pela propaganda de remédios produzidos e comercializados por laboratórios nacionais e estrangeiros, como a Rhódia, a Bayer, Parke & Davis etc. É interessante notar que, enquanto os laboratórios nacionais produziam substâncias derivadas do mercúrio e do bismuto, a produção dos derivados do arsênico (Salvarsan, Neo-salvarsan etc.), considerados muito mais eficazes, parece ter estado sempre sob monopólio de empresas estrangeiras. Através da propaganda publicada nas revistas especializadas, podemos mesmo notar que, na conquista do mercado brasileiro de anti-sifilíticos, houve uma guerra surda entre elas. Assim,

em 1934, enquanto a Rhódia anunciava o Rodarsan – "o 914 da atualidade" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano IX, nº 2, 1934), a Bayer anunciava o 914 ou Neo-salvarsan, "preparado original de Paul Eherlich", alertando os consumidores que "recentemente muitas casas comerciais estão se aproveitando deste nome para a propaganda dos seus produtos substitutos", sendo, portanto, "indispensável, mencionar sempre por ocasião da compra o fabricante, afim de receber o Neo-salvarsan legítimo"(*Jornal de Sífilis e Urologia*, ano V, nº 54, 1934). O desenvolvimento dessa linha de reflexão está, entretanto, fora do escopo deste livro.

Sifilografia

(seu desenvolvimento no Brasil)

Cerca de	*Fases*	*Nomes Paradigmáticos*	*Eventos Paradigmáticos*
passagem do século	implantação	Silva Araújo Pizarro Gabizo	criação das **primeiras cátedras de sifilografia** nas faculdades de Medicina do Rio e Salvador (1882); surgimento dos primeiros serviços especializados, como a **Policlínica Geral do Rio de Janeiro**, onde também se realizavam ensino e pesquisa.
anos 10	expansão	Werneck Machado Fernando Terra	Surgimento das primeiras sociedades científicas, como a **Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia** (1912), realização dos primeiros congressos especializados, como o **1º Congresso Sulamericano de Dermatologia e Sifilografia** (1918); diversificação de centros de ensino e pesquisa.
anos 20/30	consolidação	Eduardo Rabelo O. da Silva Araújo	multiplicação dos serviços; surgimento de organizações centralizadas federais, como **Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas**; reconhecimento oficial da especialidade, obrigatoriedade da disciplina no currículo.
anos 30/40	preservação	Joaquim Mota Rabelo Filho	surgimento de novas especialidades disputando o mesmo objeto, como a **Andrologia**, a **Urologia** etc.
anos 50 em diante	desarticulação		desaparecimento progressivo de serviços, cátedras e do próprio especialista.

Uma Sífilis Brasileira?

Expor o modo pelo qual os médicos brasileiros estabeleceram as particularidades da *sífilis* no Brasil significa acompanhar o diálogo nem sempre explícito que mantiveram com os especialistas estrangeiros. Diálogo que parece se tornar progressivamente mais equilibrado à medida em que, ao longo da pri-

meira metade do século XX, a comunidade de sifilógrafos brasileiros consolidava seu prestígio acadêmico. Ao longo de todo o período considerado por esta pesquisa, os médicos brasileiros procuraram esclarecer a incidência da *sífilis* no Brasil (suas características específicas), sua extensão singular e suas causas ou condicionantes locais. Construíram uma espécie de *sífilis* brasileira, que, se em muitos aspectos estava de acordo com o que dela esperavam os especialistas estrangeiros, em outros distanciava-se significativamente.

É possível estruturar esse diálogo em torno de três temas principais. O primeiro relaciona-se à idéia de **a *sífilis* ter se originado na América**, devendo ser considerada, portanto, doença autóctone no país. O segundo diz respeito à sua **enorme disseminação no Brasil**, comparativamente a outros países, dadas certas variáveis biológicas, sociais e morais especificamente brasileiras. Tais variáveis explicavam em parte, e este é o terceiro tema, **a feição singularmente terrível** com a qual a *sífilis* se manifestaria entre nós. Conforme transparece na documentação brasileira, podemos dizer que, do ponto de vista da sifilografia internacional da passagem do século, além de espécie de patrimônio imemorial, a *sífilis* brasileira devia ser considerada, dada sua larga disseminação, uma espécie de atributo dos brasileiros, nos quais ela se manifestaria de modo terrivelmente grave e mutilante. Se não era exatamente isso o que pensavam os estrangeiros, foi, entretanto, em relação a essa representação genérica que os médicos brasileiros se posicionaram e veremos agora o modo como o fizeram. Irei enfatizar sobretudo o papel decisivo desempenhado pela *sífilis*, a partir dos anos 20, no deslocamento da alentada discussão em torno das causas da *degeneração* racial no Brasil do tema da **miscigenação racial** (os efeitos da conjunção dos *neolatinos* com raças ainda mais *inferiores*) para o da **patologia sexual**.

Uma doença estrangeira

Nenhuma outra doença parece ter provocado tanta polêmica em relação ao seu local de origem quanto a *sífilis*. Por ter sido talvez o mais estigmatizante de todos os males, nenhum povo ou nação aceitava de bom grado ser apontado como seu berço, "privilégio" que sempre se reservava aos inimigos, daí o fato de ter recebido, ao longo dos séculos, tantos nomes diferentes (ver *Do Mal Venéreo à Sífilis*, cap. 1, nota 4). Como dizia um sifilógrafo brasileiro da década de 1920: "A sífilis, ninguém a quer, nem como hóspede, nem como vizinha e muito menos como patrimônio histórico ou de família. A sua vida de indesejável, negada por toda a parte, apresenta, já por si, um embaraço para a fixação de sua história através dos séculos" (Almeida, 1925:III).

Até hoje inconclusa, a discussão em torno da possível origem americana da *sífilis* remonta ao início do século XVI, quando, trinta anos após as primeiras descrições da doença feitas pelos médicos europeus, os espanhóis Gonzalo Fernandez Oviedo y Valdes, Diaz de Isla, e ainda o sacerdote Bartolomé de las Casas atestavam que a *sífilis* (que eles chamam de *bubas*) teria eclodido primeiramente em Barcelona, logo após o desembarque das naus de Colombo.

Atualmente, há um certo consenso quanto ao fato de a *sífilis* ser uma doença desconhecida no Velho Mundo até finais do século XV. Porém, sua origem ainda causa polêmica. Em seu clássico, *Plagues and Peoples*, William McNeill diz que, depois de ter sido aventada em 1539 por Oviedo y Valdes, a teoria da origem americana da *sífilis* teria sido amplamente aceita até muito recentemente, quando as dificuldades de distinção em laboratório do treponema causador da *sífilis* (*treponema palidum*) do treponema causador da bouba (*treponema pertenue*), fizeram com que toda uma escola de médicos historiadores rejeitasse a teoria americana completamente. Treponematose de transmissão não-sexual, a *bouba* existia em toda a faixa tropical do globo e, segundo MacNeill, a possibilidade de uma variedade do *treponema pertenue* ter encontrado meios de se transmitir sexualmente é tão provável quanto a possibilidade de a *sífilis* ter se espalhado a partir do contato com a América. Segundo diz, "Para que se possa provar uma coisa ou outra é preciso esperar o desenvolvimento de métodos precisos e confiáveis para identificação de organismos que causam lesões nos ossos. Caso isso permaneça impossível para as técnicas bioquímicas, será difícil estabelecer qualquer base para uma opção entre as duas teorias rivais". (Macneill, 1976:194). Inclinado, por seu lado, a acreditar na origem americana do mal, Claude Quétel diz que trabalhos mais recentes (da década de 70) sobre o assunto apontam a existência de lesões ósseas muito provavelmente produzidas pela *sífilis* ou, em todo caso, por alguma treponematose em várias ossadas pré-colombianas provenientes da Argentina, do Peru, do México, da Guatemala, das Antilhas e de diversas regiões dos Estados Unidos. Sendo, ao mesmo tempo, impossível encontrar lesões semelhantes em ossadas européias anteriores a 1500 (Quétel, 1986:54). Segundo diz, "não há razão para que o Novo Mundo, dizimado pela varíola, pela rubéola e pela difteria importadas da Europa (e que se manifestaram inicialmente com a mesma violência com que a sífilis surgiu na Europa), não tivesse nada a dar 'em troca'. Era a América, como afirma freqüentemente a nossa ainda imatura epidemiologia histórica, um isolado perfeito do ponto de vista das doenças infecciosas? Pode parecer uma ilha, mas se trata de um continente..."(Idem, 58).

Antes de ter se estabelecido mais firmemente ao longo da primeira metade do século XX, a crença na origem americana do mal parece ter oscilado, conforme se aceitasse uma ou outra das diferentes concepções da doença. Caso se acreditasse, por exemplo, em sua geração quase espontânea a partir de uma sexualidade pecaminosa e/ou excessiva, a hipótese de uma origem americana não podia facilmente ser sustentada. Como o pecado havia nascido com o mundo e o excesso sexual não era uma prerrogativa dos índios americanos, não havia qualquer razão plausível para se acreditar que os antigos desconhecessem os seus frutos. Como explicitava um médico brasileiro de meados do século XIX: "Se a natureza pretendeu castigar aqueles que infringiam as suas leis com as afecções sifilíticas, por sem dúvida não esperaria até o descobrimento da América para sobre os delinqüentes arremessar o golpe fatal, por isso que muitos séculos antes desse descobrimento viveram os césares, os neros, os heliogábalos, as messalinas e outros prodígios de voluptuosidade" (Lima, 1849:2).

Até a passagem do século, mesmo depois de a relação entre a *sífilis* e a imoralidade ter se tornado indireta, ou mediada pelo contágio, o valor moral da doença continuou a fornecer argumentos aos que se opunham à hipótese americana. Assim, em 1880, contra ela, diria o médico Rodolfo Júlio Xavier: "É natural e mesmo possível desde que a sociedade se formou, desde que houve cidades e ajuntamento de povo, quer por livre vontade, quer por obrigação, que esses estados mórbidos se manifestassem, principalmente quando houve médicos que provaram encontrar lesões nos órgãos genitais de homens **que tinham certo modo de vida irregular e contínua prática de costumes depravados e prejudiciais**" (Xavier, 1880:38, grifo meu).

Assim, se até o início do século XX muitos ainda duvidavam da origem americana da *sífilis*, era porque, como dizia Pires de Almeida, "as Américas não ofereceram nunca os mais obscenos exemplos de corrupção que nos apresentou o Velho Mundo" (Almeida, 1902:77). Se a *sífilis* era tão antiga quanto a humanidade, isso se explicava pelo fato de a prostituição, "sua saturnal companheira", também o ser (Silva, 1906:1).

A hipótese americana estava igualmente excluída caso se considerasse a doença como transformação de outra doença mais antiga, como a *lepra*, como produto de conjunções astrológicas ou climáticas, ou ainda, como simples fenômeno inflamatório. Desse modo, embora nem todos os *contagionistas* fossem partidários da hipótese americana, todos os que defendiam a origem americana do mal supunham necessariamente o seu caráter contagioso. Pode-se mesmo acreditar que, depois da "revolução pasteuriana", com a vitória indiscutível dos *contagionistas*, a consolidação da hipótese americana tenha recebido contribuição decisiva.

Durante o século XIX, a opinião dos médicos brasileiros a esse respeito parece ter divergido. Em 1844, por exemplo, o renomado professor Sigaud escrevia em seu *Du climat et des maladies du Brésil:* "A sífilis faz grandes devastações entre as populações nômades, e embora alguns observadores pensem que ela se difundiu principalmente após a conquista dos portugueses, verificou-se que a doença já existia entre os indígenas que ainda não tinham tido contato com os europeus. O viajante Ribeiro de Sampaio, em sua memória publicada em 1775, diz ter encontrado tribos com sintomas evidentes de moléstia venérea" (*apud* Araújo, 1928a:15).

É certo que até o início do século XX, as opiniões de Sigaud seriam citadas pelos partidários da origem americana da doença,[22] porém, no momento em que escrevia, outros médicos discordavam dessa idéia, apontando claramente o caráter discriminatório e estigmatizante da hipótese americana. Depois de afirmar que a epidemia da *sífilis* começara em Nápoles, dois anos antes da chegada da frota espanhola, não podendo, portanto, ter sido levada até lá por ela, Azambuja acrescentava ainda: "Se outras provas fossem necessárias para mostrar a falsidade da opinião de Oviedo, bastaria citar a manifesta parcialidade que encontra-se em diferentes tópicos de sua obra contra os habitantes da América, por ele comparados aos cananeus, entretanto que chama os espanhóis povo de Deus, afim de corar com uma aparência de justiça as atrocidades que cometeu contra os pobres índios durante o seu governo" (Idem, 18).

Para Lima, igualmente, Oviedo "querendo desculpar o seu procedimento com os desgraçados americanos, querendo rasgar essa medonha página de sua carreira política, ocultar essa vil mancha aos olhos de seu rei e do mundo, fez acreditar ao povo e mesmo a um avultado número de facultativos ilustres que a pura, a inocente América, ignorando torpezas, ornada dos costumes os mais simples, havia comunicado sífilis a já tão corrupta e voluptuosa Europa" (Lima, 1849:2).

A idéia contrária vai entretanto se firmando e, em 1925, o médico Theófilo de Almeida escrevia que "as simpatias dos nossos sifilógrafos, parece, estão de preferência voltadas para os partidários da origem americana..." (Almeida, 1925:III). Com a progressiva aceitação da hipótese americana ao longo da primeira metade do século XX, os sifilógrafos brasileiros irão entretanto empreender um importante trabalho de "geopolítica simbólica" no sentido de demonstrar que, sendo de origem americana – como acreditavam, entre outros, os franceses A. Fournier e E. Jeanselme

[22] Ver, por exemplo, Dantas, 1905:11.

(seu sucessor como grande mestre da sifilografia francesa) –,[23] a *sífilis* não era conhecida no Brasil antes da Descoberta. Ou, como dizia Eduardo Rabelo em 1918, ao 1º Congresso Latino-Americano de Sifilografia e Dermatologia, que ela havia sido, "mau grado nosso, implantada em nosso solo virgem e transmitida à nossa raça sadia" (Rabelo, 1921:325). Para tanto, os sifilógrafos brasileiros irão se voltar para os cronistas do século XVI e para os testemunhos que começavam a ser produzidos de forma mais sistemática sobre os povos indígenas brasileiros ainda isolados. Abandonam raciocínios de tipo dedutivo – se a *sífilis* é tal tipo de doença, deve ter surgido em tal tipo de lugar –, que haviam caracterizado a polêmica até então, para se apoiarem em "provas positivas".

Para Eduardo Rabelo, não parecia haver dúvida quanto ao fato de a *sífilis* ser originária das Grandes Antilhas e de ter sido levada à Europa por Colombo. Em artigo de 1925, dizia ele: "Assim depõem, para bem dizer, todos os escritores da época; cronistas, historiógrafos, amigos ou inimigos dos índios e, principalmente, os médicos que a partir da data da volta de Colombo, começaram a descrever com impressionante unanimidade o "morbus novus", "inauditus", "ignotus" que, passando da América à Espanha, assolou a França e a Itália sob aspecto francamente epidêmico, tal como ainda hoje vemos a sífilis se propagar em certas possessões européias de além-mar, ainda indenes. Tanto era desconhecida que lhe não sabiam o nome e foi sendo mal espanhol, francês, napolitano, até que do poema de Fracastoro se derivou a atual denominação" (Rabelo, 1925:IV).

Porém, não podia ser brasileira, uma vez que todos os nossos cronistas de primeira hora haviam tecido, segundo o sifilógrafo, "universais gabos à pele dos índios". Apenas os cronistas da segunda metade do século XVI (André Thévet, Jean de Lery, Gabriel Soares de Souza) e observadores posteriores teriam se referido à incidência de males que se poderiam considerar manifestações *sifilíticas* ou *boubáticas* entre as populações indígenas, já em contato regular com europeus e africanos. Além disso, observadores contemporâneos de Rabelo, como Rondon, Murilo de Campos, Olímpio da Fonseca Filho e Roquette Pinto vinham atestando que populações indígenas ainda isoladas eram indenes à *sífilis*.

Também nos anos 20, a inexistência da *sífilis* no Brasil pré-cabralino começava a ser intensamente defendida por Oscar da Silva Araújo, que, em longa e fundamentada exposição, retoma as fontes sobre as quais se

---

[23] Segundo o médico e historiador paulista A. de Almeida Prado, Jeanselme teria desenvolvido mais longamente sua posição pró-origem americana em seu *Traité de la syphilis*, publicado em Paris em 1931, ao qual, entretanto, não pude ter acesso. Escrevendo em 1961, Prado nos dá um excelente balanço da discussão até aquele momento, quando, segundo lhe parecia, estaria "provada a origem americana da infecção treponêmica" (Prado, 1961:75).

baseavam os que mantinham opinião contrária. Sigaud, como vimos, apoiava-se em relato setecentista de Ribeiro de Sampaio. Tal relato era sem dúvida estratégico por tratar justamente da região do rio Negro, próxima às Antilhas. Citando Sampaio, Araújo mostra que os sintomas por ele descritos só teriam podido ser considerados *sifilíticos* por Sigaud devido ao fato de não se ter ainda distinguido, em meados do século XIX, a *sífilis* de outras dermatoses e *doenças venéreas* (Araújo, 1928a:15-16).

O fato de a *sífilis* ser autóctone nas Antilhas sem atingir, entretanto, a região Norte do Brasil colocava imediatamente o problema das comunicações possíveis entre as populações indígenas da América. Rabelo estava atento a isso e, a partir de informações verbais que lhe teriam sido dadas por Capistrano de Abreu, diz que a comunicação entre as duas américas devia ser precária antes da Descoberta (Rabelo, 1925:IV). Assim, o mais provável, segundo Rabelo, parecia ter sido a introdução da *sífilis* apenas depois da chegada dos portugueses, quer fosse através dos novos contatos intra-americanos, ou, mais provavelmente, "de torna viagem", com os colonos europeus. Para Rabelo "inverossímel à primeira vista, esta última hipótese, talvez menos o seja quando se provar que, em certo momento, apesar de lentas, maiores e mais freqüentes tenham sido nossas comunicações com a Europa que com a parte setentrional da América" (Idem). Em apoio à sua tese, o grande sifilógrafo da década de 20 citava ainda o caso da *leishmaniose*. Endêmica na região peruana desde "tempos pré-históricos", a doença apenas teria começado a deixar vestígios no território brasileiro alguns séculos depois da Descoberta.

É certo que alguns sifilógrafos importantes do período, como Teófilo de Almeida, continuariam a defender a origem não-americana da doença. Nesse ponto, segundo declarou em 1925, concordava com os pesquisadores norte-americanos que "renunciam essa reivindicação que se faz para América, de ser o berço da sífilis, inda mesmo que esse berço sejam as Antilhas..." (Almeida, 1925:3).

De todo modo, difunde-se rapidamente no meio médico brasileiro e fora dele a idéia de a *sífilis* ter sido trazida para o Brasil pelos europeus (especialmente pelos franceses e pelos degredados portugueses), ou seja, de que aqui, como afirmava Oscar da Silva Araújo, melhor do que em qualquer outro lugar do mundo teria aplicação a máxima que dizia ser a "civilização igual a sifilização" (Araújo, 1928a:10). Assim é que, em seu trabalho comparativo sobre a *luta antivenérea* em diferentes países, o diretor da Sociedade Alemã de Luta contra as Doenças Venéreas, Hermann Roeschmann, já reproduzia os argumentos de Rabelo e Silva Araújo. Ao discorrer sobre o Brasil, dizia ele: "No

que respeita à origem da sífilis a opinião mais aceita é que tenha sido ela trazida da América do Norte para a Europa na armada de Colombo; para a América do Sul ela foi levada pelos portugueses, ocasião em que houve disseminação entre os habitantes que entraram em contato com os colonizadores, sobretudo entre as populações litorâneas. Os habitantes do interior ficaram por longo tempo completamente indenes" (Roeschmann, 1929:37).

Assim, a reflexão sifilográfica brasileira da década de 20 fez com que a *sífilis* pudesse ser, simultaneamente, americana, como queriam os mestres europeus, e européia, como queriam os brasileiros. Interessante origem da doença que, simbolicamente, parece traduzir, de um lado, a própria posição que os sifilógrafos brasileiros assumiam na hierarquia internacional de especialistas: dependentes, é certo, mas com poder suficiente para desenvolverem uma reflexão original. De outro lado, também traduzia a própria posição que se reivindicava ao Brasil na hierarquia das nações. Ora, seguramente havia países ainda mais pobres e politicamente mais frágeis, como os da América Central, para carregarem sem protestos o ônus de serem o berço do mal. Nesse sentido, a reflexão dos sifilógrafos brasileiros quanto à origem da *sífilis* não deixava de distinguir o Brasil dessas outras nações, incorporando-o, ainda que parcialmente, ao "mundo civilizado". Efetivamente, parece que os sifilógrafos contribuíram de modo significativo para a consolidação, durante os anos 20, de um pensamento social, com forte apelo nacionalista, que procurou valorizar o Brasil também pelo que possuía de não-europeu, deixando de atribuir as razões de todos os nossos males exclusivamente às heranças ameríndia e africana. Assim, no mesmo momento em que, em seu famoso *Retrato do Brasil* (Prado, 1931), Paulo Prado escrevia que, dos portugueses, havíamos herdado a melancolia, a cobiça e a luxúria, nossos sifilógrafos acrescentavam: e a *sífilis*...

Uma sífilis mais benigna

Em finais do século XIX, acreditava-se que a doença se manifestava de forma muito mais grave nos climas quentes, constituindo-se em tipo específico chamado de *sífilis exótica ou tropical*. Conforme dizia um médico paraense, no início dos anos 20: apoiando-se na hipótese climática "Lacapére, entre outros, encontrou grandes diferenças sintomáticas entre a sífilis dos europeus e a dos marroquinos. Nestes, as lesões cutâneas e ósseas, de extrema severidade, predominam sobre as lesões visuais e nervosas" (Gurjão, 1922:299).

Ao longo das primeiras décadas do século XX, ao mesmo tempo em que se adensava a rede de especialistas brasileiros, a crença na malignidade da *sífilis tropical* era progressivamente desfeita, a partir da diferenciação entre diversas entidades mórbidas que se manifestavam através de sintomas semelhantes. Inicialmente, houve a diferenciação entre a *sífilis* e a *bouba*, para a qual médicos brasileiros como Silva Lima, Chapôt-Prevost, Antônio Austregésilo, e especialmente os sifilógrafos Silva Araújo (pai), Werneck Machado, Egas Moniz de Aragão, Fernando Terra, Adolfo Lindemberg, Oscar da Silva Araújo e Eduardo Rabelo contribuíram significativamente (*Anais Bras. de Dermat. e Sifil.,* ano VI, nº 1, janeiro/fevereiro de 1930). Além disso, outras diferenciações se seguiram e, para isso, parece ser seguro que as pesquisas desenvolvidas no Brasil foram fundamentais.[24] Como diz Eduardo Rabelo, em 1925: "Quando ainda se confudiam com a sífilis, a leishmaniose, o granuloma tropical e a úlcera fagedênica, supunha-se que a sífilis era mais grave em nosso clima do que em outras regiões" (Rabelo, 1925:III).

Em 1928, Oscar da Silva Araújo reafirmava uma idéia que havia originalmente exarado em 1921, em memória apresentada para ingresso na Academia Nacional de Medicina. Para ele, o "mito" da malignidade da *sífilis* no Brasil se explicava em larga medida por erros de diagnóstico: "Notara-se a existência entre nós de doentes rotulados de sifilíticos que exibiam manifestações mutilantes. Hoje se sabe que não se tratava ali de casos graves de sífilis atípica, mas de enfermos acometidos de leishmaniose, de blastomicose, de granuloma venéreo etc." (Araújo, 1928a:69). A esse respeito, Araújo criticava sobretudo o professor de sifilografia da Faculdade de Medicina da Bahia, Egas Moniz de Aragão que, em trabalho intitulado "Contribution à l'étude de la syphilis au Brésil", apresentado à Sociedade de Medicina de Paris, teria afirmado que a sintomatologia sifilítica no mestiço afro-português diferiria de uma maneira curiosa do que se observava na Europa. Entre nós, haveria a simultaneidade dos *acidentes secundários* (muito aparentes) e *terciários* (geralmente graves), obedecendo a *sífilis* o tipo *maligno precoce*, tendo por fenômeno inicial o *cancro fadegênico* ou *mutilante* (Araújo, 1928a:70).[25]

---

[24] Para isso, ver seção anterior deste capítulo: *A Implantação Sifilográfica*.

[25] Ainda em outro ponto importante, como se verá, Oscar da Silva Araújo iria se contrapor a Aragão que, embora fizesse parte da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, parecia manter relações com os centros europeus sem passar pelo Rio de Janeiro. Não pude, entretanto, a partir do material compilado até agora, perceber se havia uma "sifilografia bahiana", em oposição a que se constituía nos centros do sul do país.

Referindo-se especificamente ao Rio de Janeiro, dizia Araújo que, embora a freqüência da sífilis atingisse "proporções impressionantes", suas manifestações clínicas não difeririam, fundamentalmente, da sífilis européia, "não sendo a sua evolução mais grave do que a de ordinário em outros países de clima frio ou temperado" (Idem, 28). Se, em alguns casos, as manifestações da *sífilis* se mostravam particularmente graves no Brasil, isso se explicava sobretudo por variáveis menos fixas ou *constitucionais*, para utilizar uma expressão da época, do que o clima ou a raça. Em 1925, em reunião da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, o sifilógrafo Joaquim Mota dizia que, se às vezes a *sífilis* apresentava sintomas graves no Brasil, isso não se devia ao clima, como queriam os autores estrangeiros, e sim à falta de higiene e à deficiência de recursos médicos (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 4, 1925, p.17). Já para Oscar da Silva Araújo, se a *sífilis* ocasionalmente assumia manifestações mutilantes no Brasil (principalmente em certas regiões do Nordeste) isso se explicava antes pelo fato de atingir populações menos miscigenadas e, por isso mesmo, até então menos expostas à doença. Ao atingi-las, a *sífilis* assumia as mesmas terríveis características que teria apresentado quando irrompeu na Europa em finais do século XV (Araújo, 1928a:69).

Enfim, ao longo das décadas de 20 e 30, embasados em estatísticas mais seguras, os sifilógrafos começavam a confirmar o que alguns clínicos (Sodré, 1904; Clark, 1921) já suspeitavam há algum tempo, ou seja, que as características da *sífilis* no Brasil não só diferiam do modelo *tropical* ou *maligno*, construído a partir da observação de casos africanos, mas apresentavam-se, no geral, muito mais benignas que as da própria *sífilis* européia. Nesse sentido, é exemplar um trabalho de 1938 em que o sifilógrafo Henrique de Moura Costa sistematizava os dados provenientes de 11.739 casos de *sífilis* (sendo 1.420 de *sífilis nervosa*), matriculados em dez anos nos serviços da Fundação Gaffrée-Guinle, onde trabalhava. Analisando os chamados sintomas *secundários* da doença, diz Costa: "Entre nós, as manifestações cutâneas são, em regra, superficiais e discretas e o número de casos com comprometimento dos ossos e articulações, em porcentagem desprezível..." (Costa, 1938:113).

Discordando de sifilógrafos internacionalmente famosos, como Fournier ou o alemão Jadasshon, para quem as manifestações *secundárias* (cutâneas) eram etapa necessária do desenvolvimento da doença, Costa constatava sua ausência em 96,1% dos casos que analisou. Cuidadosamente, diz que a avaliação da ausência do *secundarismo* entre nós devia levar em conta informes incompletos, por ignorância e esquecimento, em contraste com a provável averiguação mais rigorosa dos antecedentes nas estatísticas estrangeiras, feitas sobre casos de clínicas privadas e, conse-

qüentemente, "com doentes de nível intelectual mais elevado". Mesmo assim, concluía: "a diferença é verdadeiramente impressionante e somente explicável por uma benignidade maior da infecção entre nós" (Idem). Ao refletir sobre as manifestações tardias da doença (*sífilis visceral*, *nervosa* etc.), Costa observava novamente o quanto se estava distante do modelo *exótico*, *tropical* ou *africano* "a que quiçá poderiam querer nos comparar". Enquanto, na África, Lacapère encontrava, nas fases finais da doença, múltiplos acidentes simultâneos, atingindo sobretudo a pele e o sistema nervoso, Costa dizia ser a regra entre nós apresentar-se apenas um acidente ou sintoma por vez, interessando sobretudo o sistema circulatório (Idem, 123-124). Como se vê, diferentemente de Oscar da Silva Araújo, que, apesar de reconhecer diferenças menores, praticamente assimilava a *sífilis* brasileira à européia, Costa as diferenciava ainda mais claramente. Refletindo sobre o *terciarismo*, dizia, por exemplo, que enquanto as estatísticas de Fournier revelavam que o aparelho circulatório era atingido em apenas 0,5% dos casos, no Brasil tal cifra subia para quase 50% (Costa, 1938:119). Também a *sífilis* era, entre nós, "cordial". Enfim, nas conclusões de seu trabalho, Costa dizia explicitamente que "existem notáveis diferenças entre o que se observa entre nós e as descrições dos tratadistas europeus. Também o que entre nós se observa não pode ser comparado ao que descrevem os autores que estudaram a chamada sífilis tropical ou exótica. Os característicos gerais deduzidos do que pudemos observar decorrem essencialmente de uma acentuada benignidade da sífilis em nosso meio" (Idem, 129). Além disso, complementa: "...todos esses característicos de benignidade são mais acentuados nos indivíduos de cor, mas a comparação com as estatísticas estrangeiras só dos casos de nacionais brancos também mostra as mesmas diferenças" (Idem). Seria justamente a constatação de tal benignidade que faria com que se propusesse, no início dos anos 40, que o tratamento da *sífilis* no Brasil fosse menos longo e intensivo do que em outros países (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XVI, nº 4, 1941, p.373).

Ao que parece, em matéria de *sífilis*, como em outros tantos assuntos, o Brasil conseguiu se colocar a meio caminho entre África e Europa. De todo modo, o importante aqui talvez seja perceber que não poderia ter tido uma *sífilis* "particular" – a um só tempo estrangeira e benigna – caso não dispusesse de bons sifilógrafos-pesquisadores interessados nessa particularização. Do mesmo modo, não haveria bons sifilógrafos, sem que houvesse uma certa tradição sifilográfica e científica e as condições materiais e institucionais mínimas que lhes assegurasse certa vitalidade. Nos anos 20, nada disso parecia faltar ao Brasil, ao menos em seus principais centros urbanos.

A ronda dos números: "pois há brasileiro que não seja sifilítico?"

Diferentemente do que acontecia em relação às idéias da origem americana do mal e de sua malignidade nos trópicos e apesar do papel fundamental que tiveram na diferenciação entre a *sífilis* e certas doenças tropicais presentes no país, os sifilógrafos brasileiros iriam, entretanto, perpetuar uma outra idéia que, já na passagem do século, havia adquirido o estatuto de "verdade tradicional". Segundo tal idéia, no Brasil, a disseminação da *sífilis* seria particularmente assustadora. Como, até o final do período considerado nessa pesquisa, a *sífilis* não foi de notificação compulsória, nem havia uma padronização diagnóstica geralmente aceita, toda a espécie de especulação estatística foi possível. E todas no sentido de sustentar tal idéia. Além disso, o próprio caráter *proteiforme* da doença propiciava enormes divergências quando se tratava de saber quais seriam os critérios ideais para definir uma determinada manifestação patológica como *sífilis*. Alguns utilizavam um critério clínico e incluíam na rubrica *sífilis* uma enorme diversidade de doenças e anomalias congênitas ou hereditárias. Outros, pautavam-se apenas nos resultados dos exames de sangue que, além de não serem, pelos critérios atuais, fiáveis, permitiam ainda interpretações, pois apresentavam-se, ao menos quando se tratava do tradicional teste de Wassermann, na forma de um contínuo que ia do "fortemente positivo" ao "fortemente negativo". Apenas para que se tenha uma ligeira idéia preliminar de o quanto os critérios de classificação adotados podiam provocar enormes distorções nos resultados, moldados, em larga medida, pelas próprias expectativas dos médicos, temos o exemplo da pesquisa empreendida pelo inspetor médico-escolar Bueno de Andrade, em 1925. O inspetor teria examinado 1.939 crianças de 7 a 14 anos no Rio de Janeiro, procurando "sinais indiscutíveis" de *heredosífilis* e, como só encontrasse 39 casos (2%), concluía que "a norma diagnóstica que adotamos, talvez, pecasse pelo rigor excessivo". Mudando "um pouco" os critérios, chegava à conclusão que, das 200 mil crianças em idade escolar do Distrito Federal, nada menos que 38% deviam ser suspeitas de *heredo-sifilíticas* (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 2, 1925, p.26-31).

Enfim, não se trata aqui, obviamente, de tentar chegar a nenhuma verdade sobre a extensão da *sífilis* no Brasil. Apesar de toda a sua incongruência, os números que apresentarei em seguida desenham antes os limites (in)variáveis da percepção generalizada de que o Brasil era a morada ideal da *sífilis*, além de ser obviamente um modo tradicional de transfigurar tal percepção em realidade quantificável.

Como vimos no início deste capítulo, desde finais do século XIX os médicos vinham brandindo suas estatísticas contra o indiferentismo perante a doença. Através das páginas da revista *União Médica*, criada em 1881 especialmente para agitar o *problema venéreo*, Silva Araújo e seus companheiros já haviam buscado, conforme dizia o sifilógrafo, "pintar o medonho quadro da infecção sifilítica no Rio de Janeiro" (Araújo, 1891:12). Como dizia ainda em 1890, no âmbito da primeira grande discussão sobre o tema promovida pela Academia Nacional de Medicina, tal infecção devia ser considerada "uma das moléstias mais comuns na capital federal (...) um dos fatores mais poderosos de morbidade", além de uma das causas "acentuadas" de "degeneração da nossa raça" (Idem, 27). Para defender-se da acusação de *sifilófobo*, que seus próprios pares lhe endereçavam, Silva Araújo apresentava à Academia uma estatística que, embora sumária e de reduzida representatividade, vai ser intensamente reproduzida nas décadas seguintes, sempre que se tratava de expor as terríveis dimensões da doença no Brasil e cobrar do governo medidas para o seu combate.

Segundo Araújo, nos sete primeiros anos de funcionamento da Policlínica Geral, o oftalmologista Moura Brasil teria encontrado a *sífilis* como causa de 20% de todos os casos de *moléstias do aparelho da visão*. Os médicos Rocha Lima, Bernardo de Magalhães e Luiz de Araújo encontraram-na em 4% dos casos de *doenças viscerais*. E, finalmente, ele próprio apresentava suas estatísticas, revelando, para o mesmo período, a *sífilis* como causa de 45% das doenças apresentadas pelos 2.885 doentes que haviam procurado o Serviço de Moléstias de Pele e Sífilis da Policlínica (Idem, 28-29). Durante muito tempo tais números iriam provocar reações como a de Pires de Almeida que, em 1902, depois de citá-los, acrescentava: "A eloqüência destes algarismos, provando cabalmente o temeroso incremento do morbus sifilítico, dispensa comentários" (Almeida, 1902:226).[26]

Como se vê, com a instalação dos primeiros serviços especializados, dados estatísticos um pouco mais precisos e discriminados iam sendo utilizados para justificar o alarme. Enfatizavam-se sobretudo os números relativos às crianças. Ainda segundo Silva Araújo, o Barão do Lavradio, higienista e clínico responsável pelo Serviço de Moléstias da Infância da Sala do Banco do Hospital da Misericórdia, teria apurado estatísticas segun-

[26] Um exemplo da extraordinária pregnância dos dados estatísticos levantados por Silva Araújo pode ser sua reprodução, quase meio século mais tarde, em nota de *Casa grande e senzala* (Freyre, 1952[1933]:654). As estatísticas de Silva Araújo são lembradas no momento em que Gilberto Freyre buscava apoiar empiricamente sua "constatação" de que, no Brasil, no litoral, isto é, "na zona mais colorida pela escravidão", e portanto mais atingida pela dissolução sexual, "sempre foi larga a extensão da sífilis" (Idem, 541).

do as quais 50% das crianças que procuravam o serviço estariam com *sífilis*. Moncorvo (pai) e Clemente Ferreira teriam chegado a cifras equivalentes (entre 45 e 50%) a partir da observação de seis mil crianças que, entre 1882 e 1889, haviam sido conduzidas ao serviço de pediatria da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Em 1900, perante o 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, mesmo reconhecendo que "a imperfeição dos obituários infantis pela sífilis não permite ajuizar-se do grau preciso da letalidade por essa afecção", Moncorvo Filho lembrava que "de há muito, autores brasileiros têm referido os lamentáveis malefícios da sífilis sobre a mortalidade das crianças desta capital" (Moncorvo Filho, 1903:169). E, no ano seguinte, depois de fundar, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção à Infância, Moncorvo Filho apurava estatísticas relativas a seu primeiro ano de funcionamento segundo as quais, só no serviço de clínica médica do dispensário do Instituto, 50% das crianças apresentavam manifestações *heredo-sifilíticas* (Seabra, 1902:60).

Aliás, foi em torno desses números que eclodiria, em 1903, na Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia, um interessante e revelador conflito a respeito do impacto da *sífilis* no Brasil e sua relação com certos traços da "personalidade nacional". Em uma das sessões de abril daquele ano, o médico Leocádio Chaves levantou um protesto contra a afirmação que o alemão Scheube teria feito em sua monografia sobre *doenças venéreas* nos países quentes, segundo a qual, depois do *impaludismo*, a *sífilis* seria a maior causa de mortalidade infantil no Brasil. Tal informação teria sido dada ao alemão por Moncorvo Filho. Como esta extraordinária presença da *sífilis* era ainda explicada por Scheube pelo "baixo nível de moralidade dos brasileiros", a Sociedade se agitou durante algumas sessões, procurando, como dizia um dos médicos envolvidos na polêmica, "salvar a reputação do Brasil nesse particular". Vários médicos consideraram a afirmação "lamentável" e "inverídica". A polêmica opôs principalmente Moncorvo Filho e o professor de pediatria da faculdade do Rio e médico da Santa Casa, Simões Correa, para quem as principais causas da mortalidade infantil seriam as *infecções gastrointestinais* e a *tuberculose*, ficando a *sífilis* em quinto ou sexto lugar. Moncorvo Filho foi acusado de exagero no que respeitava à *sífilis* e de utilizar critérios muito largos para classificar um doente como *heredo-sifilítico* (Anônimo, 1903a e b). Enfim, recuando um pouco em suas posições, Moncorvo Filho acabou enviando uma carta ao *Brazil-Médico*, esclarecendo que sua cifra de 51%, utilizada inapropriadamente por Scheube, dizia respeito à morbidade e não à mortalidade infantil e que fora estabelecida dentro do conjunto de crianças que haviam sido levadas ao Instituto de Proteção à Infância com problemas de pele, e não do conjunto de todas as crianças atendidas (Moncorvo Filho, 1903).

Sempre presente no discurso sifilográfico, a equação *brasileiro = sifilítico* justificava até mesmo que as estatísticas fossem em certos momentos consideradas dispensáveis ou desnecessárias, quando se tratava de determinar a real extensão da doença no Brasil. Assim, por exemplo, em 1902, ao ser aprovada uma lei que autorizava o município do Rio de Janeiro a criar um hospital para *venéreos*, o prefeito Xavier da Silveira declarava: "**Se nos faltam estatísticas para precisar a freqüência entre nós da sífilis e o alcance de suas devastações, podemos entretanto, afirmá-lo sem temeridade**, lembrando que nas diversas classes sociais, e especialmente nas proletárias, o tratamento se limita, em geral, aos sintomas incômodos ou vexatórios deixando o doente depois de contraída a moléstia entregue a sua evolução insidiosamente funesta, já por desconhecer o perigo, já por carência de recursos" (*apud* Machado, 1915:62).

Quatro anos mais tarde, na inauguração do dispensário para *alcoolistas* e *venéreos* pobres da sua Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Cláudio de Souza dizia que, embora inexistissem estatísticas exatas para uma doença não sujeita à notificação e de efeitos demorados, crônicos e diversificados "a praga social da sífilis, em todas as suas horrendas conseqüências e mais nas suas manifestações parasifilíticas, é talvez, **pela extensão que toma dia a dia entre nós**, mais tremenda em seus efeitos do que todas as outras" (Souza, 1906a:7, grifo meu). E, aos convidados à inauguração de sua Liga, perguntava retoricamente: "Falta-nos estatísticas, mas algum de vós, que conviveis com a nossa mocidade, ousareis contestar que de cada cem brasileiros, noventa talvez, nas grandes cidades e cinqüenta no interior do país, não escapam à sífilis ou aos acidentes venéreos durante a mocidade?" (Idem).

As estimativas apresentadas pelo *Brazil-Médico*, no mesmo período, são um pouco diferentes, mas não menos espantosas e desalentadoras. Ao saudar a "empresa altamente filantrópica" de Cláudio de Souza, a prestigiosa revista revelava que os inimigos da liga paulista – o *alcoolismo*, as *moléstias venéreas* e a *sífilis* – "se alastram atualmente **por mais de metade do nosso povo**, causando reais prejuízos ao indivíduo em particular e aos seus descendentes em geral, e, portanto, à família e à nação" (*Brazil-Médico*, ano XX, nº 14, 1906, p.262).

Em 1909, em memória apresentada ao 4º Congresso Médico Latino-Americano, o médico paulista ia ainda mais longe, afirmando: "Sobre a sífilis e as moléstias venéreas, quase não há necessidade de estatísticas no Brasil, **podendo-se contar o número de vítimas, aproximadamente pelo número de brasileiros**. É uma exageração? De modo algum. Especializando o fato a determinadas populações, como as das grandes cidades e da campanha, haveria exagero para estas últimas, pois o coeficiente é disparate entre uma e outra. Estudando porém o conjunto, cidades e campanhas, são raros

os brasileiros que não pagaram um tributo à Vênus, que não foram contaminados por uma blenorragia, um cancro venéreo ou pela sífilis (...) A sífilis entre nós propaga-se francamente, sem nenhum obstáculo, sem o entrave do mais leve fio sanitário de defesa" (Souza, 1909:6, grifo meu).

Na segunda década do século XX, como dizia Werneck Machado no âmbito da última discussão que a Academia Nacional de Medicina promoveria sobre o assunto, a *sífilis* e as outras *doenças venéreas* continuavam "a progredir assombrosamente no Brasil" (Machado, 1913:4). Para os médicos-militares, elas já deviam ser consideradas incontestavelmente, como dizia Lobo da Silva em 1914, o "mais importante capítulo da medicina-militar", seja por sua gravidade, seja pelo fato de "ser extremamente raro encontrar uma praça que não tenha pago o seu tributo a esse tipo de males" (Silva, 1929:7). Em uma série de artigos publicados entre 1914 e 1927, o médico Artur Lobo da Silva oferece as estatísticas mais extensas, cuidadosas e sistemáticas que foram produzidas sobre a *sífilis* no Brasil até 1945.[27] Embora se explicitem apenas no artigo de 1914, os critérios então adotados por Lobo da Silva aparentemente orientaram todo o trabalho estatístico que desenvolveu ao longo da década. Segundo diz, teria incluído na rubrica *doenças venéreas* todos os casos de *reumatismo*, pois raramente alguma praça apresentava o "verdadeiro reumatismo". Teria também excluído de suas estatísticas os oficiais, os alunos das escolas militares, os asilados, os empregados civis e os marinheiros, eventualmente tratados no Hospital Central do Exército. Suas estatísticas diziam respeito, portanto, apenas às praças. Além disso, o médico esclarece que alguns soldados davam entrada duas, três, quatro e até cinco vezes no Hospital, tendo sido, entretanto, tratados como novos-entrados. Este aumento indevido dos números globais de praças infectadas, compensava talvez o número, que Lobo considerava alto, dos que "se tratam bem ou mal às escondidas" (Silva, 1929:7). Segundo seus dados, no qüinqüênio 1909-1913, as *doenças venéreas* teriam sido responsáveis por 24% dos internamentos no Hospital Central do Exército. E, em relação ao total dos efetivos orçamentários das guarnições atendidas por aquele hospital (8ª e 9ª guarnições, do Distrito Federal e a dos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, respectivamente), chegava à conclusão de que, crescendo ano a ano, as *doenças venéreas* atingiam em média **um terço** das tropas.[28] Revelava-se assim a "inferioridade

27 Inicialmente, tais artigos foram publicados na revista *Medicina Militar*, no *Boletim da Sociedade Médico-Militar* e na *Revista de Medicina e Higiene Militar*. Em 1929, todos eles foram reunidos em uma única publicação, que sustentava a comunicação que Lobo apresentou ao 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, reunido no Rio de Janeiro em junho daquele ano (Silva, 1929). Foi essa a publicação que consultei para esta obra.

28 Para o qüinqüênio considerado, a morbidade por *doenças venéreas* por mil soldados teria sido de: 1909 – 286,2; 1910 – 283,4; 1911 – 298,1; 1912 – 348,8; 1913 – 301,7.

biológica" do Exército brasileiro, colocado, segundo Lobo, em "posição vexatória" ante aos de outros países.[29] Assim, concluía desalentado o médico-militar: "O nosso exército é na sua maioria um exército de inválidos, incapazes e doentes que mais conviria ser alojado em enfermarias do que em quartéis" (Idem, 8). Para piorar ainda mais o quadro, segundo Lobo, a situação se agravava ano a ano, pois, enquanto o número total de doentes internados no Hospital Central do Exército vinha diminuindo gradativamente, o de *venéreos* crescia, chegando a representar 34,4% das baixas, em 1914; 39,3%, em 1915 (Idem, 16); alcançando 40,4%, em 1916 (Idem, 21). É certo que, entre 1918 e 1921, Lobo da Silva encontraria médias bastante inferiores, em torno de 25% de casos de *sífilis* no total de baixas no Hospital Central do Exército. Para ele, este decréscimo seria entretanto aparente. Segundo o médico, a partir de 1918 foram criadas enfermarias regimentais e muitos *venéreos* deixaram de ser enviados ao hospital. Além disso, teria sido iniciado o recrutamento através de sorteio o que, para Lobo, poderia "ter aumentado o nível de instrução média das praças e o conseqüente respeito aos conselhos higiênicos" (Silva, 1929:28).

Aos olhos dos médicos-militares, a situação da Marinha não parecia diferir significativamente. Em 1918, em comunicação apresentada ao 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, Júlio Porto-Carrero declarava: "... mantém-se entre as praças da Marinha uma percentagem tão elevada de venéreos que pode-se dizer sem exagero serem o cancro venéreo, a blenorragia e a sífilis o motivo da baixa de terça parte dos doentes ao Hospital. Se notarmos ainda que entre os doentes de outros males a sífilis existe em proporção nunca inferior a 80%, teremos diante dos olhos o quadro aterrador do quanto ao contato de Vênus sofrem seus incontinentes devotos" (Porto-Carrero, 1921:35).

Apesar dos dados serem falhos, incompletos e às vezes incompreensíveis, como ele mesmo admitia,[30] Porto-Carrero não deixava, entretanto, de concluir que "sempre a sífilis pesa com mão-de-ferro na morbidade da Mari-

---

[29] Lobo citava dados de Lemoine sobre morbidade por *doenças venéreas* por mil soldados em diferentes exércitos europeus: Alemanha – 5,7; Bélgica – 6,7; França – 6,8; Baviera – 9; Rússia – 12; Itália – 13; Rumânia – 16; Áustria – 19; Inglaterra – 75 (metrópole) e 139 (colônias) (Silva, 1929:9-10).

[30] Porto-Carrero estava bem ciente dessa precariedade. Segundo dizia, não se compreendia, por exemplo, como uma porcentagem estimada em 3,1% de casos de *sífilis* no ano de 1916 tenha podido subir para 14,9% no ano seguinte, quando começou a trabalhar como médico-militar. Para ele: "As falhas nas estatísticas se explicam freqüentemente pelos diagnósticos mal feitos ou mal exarados; a diversidade da nomenclatura do diagnóstico leva muita vez a erros de estatíticas, pois onde um clínico diagnostica apenas 'úlcera', outro porá 'goma ulcerada' e outro precisará 'sífilis terciária', atendendo à doença geral e não a sua manifestação" (Silva, 1929:38). É ao seu olhar mais atento à *sífilis* que Porto-Carrero atribuía explicitamente o aumento do número de casos entre 1916 e 1917, clamando pela uniformização da nomenclatura.

nha" (Idem, 37) e que "uma conseqüência lógica decorre de tão alarmantes algarismos: a necessidade de uma profilaxia" (Idem, 38). No mesmo Congresso, o sifilógrafo Werneck Machado apresentava estatísticas mais globais, referentes aos hospitalizados de toda a Marinha nacional, para o período de 1914 a 1917. Seus números são sensivelmente inferiores aos encontrados por Lobo da Silva no Hospital Central do Exército e à terça parte estimada por Porto-Carrero, apontando para uma média de 12% de *venéreos*, para o total de marinheiros hospitalizados no período. Segundo dizia, para os anos de 1914/15 teriam sido tratados em todo o Brasil 24.823 doentes, dos quais 2,5% tinham *sífilis* e aproximadamente 10% outras *doenças venéreas*. Para 1916, a porcentagem de *sifilíticos* subia para 3,1% e a de outras *doenças venéreas* descia para 6,1%. Para 1917, tem-se 14,9 % de *venéreos* e *sifilíticos*.

A necessidade de estatísticas mais amplas e confiáveis parece ter começado a ser sentida de modo mais agudo pelos sifilógrafos que, no âmbito do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, foram encarregados de estabelecer a extensão exata da doença entre nós. Assim, na abertura de sua comunicação sobre a freqüência da *sífilis* no Rio de Janeiro, o sifilógrafo Werneck Machado lamentava: "Falar de sífilis ou, mais propriamente, da freqüência da sífilis no Rio de Janeiro, afigura-se-me uma das mais difíceis e graves empreitadas para quem, compenetrado da já evidente significação médico-social de um problema cuja preocupação cada vez mais avulta, com especialidade nos centros iguais ao nosso – principais pontos, de fato, da respectiva irradiação –, já do alto valor de uma assembléia como a presente, não ignora, por dever de ofício longamente exercido, os óbices antepostos aos intuitos visados e decorrentes da deficiência, quase ausência mesmo, do primeiro dos fatores para tal fim requerido – as estatísticas" (Machado, 1921:176).

Machado chegava mesmo a contrastar as contribuições da dermato-sifilografia brasileira – "sucessivas e valiosas, em grande número originais e emancipadas do já tradicional cunho estrangeiro" –, com a ausência de estatísticas confiáveis entre nós; resultado, como diz, antes do "espírito dispersivo dos sifilógrafos brasileiros" do que de sua descrença na importância dos números (Idem). Significativamente, Machado chamava a atenção para o fato de ser entre as *prostitutas*, justamente "aquelas de cuja triste, condenável, porém irreprimível profissão, sabe-se em maior escala derivarem os malefícios da avaria" (Idem, 179), que as estatísticas eram mais precárias. Na verdade, absolutamente inexistentes. Do meu ponto de vista, tal ausência parece apenas confirmar uma idéia que, como veremos, era corrente à época e segundo a qual *prostituta* e *sífilis* eram praticamente sinônimos.

Assim, para caracterizar uma incidência que reputava "assombrosa", Machado era obrigado a se limitar a comentar os dados apresentados pelos médicos-militares ou a compilar os dados fornecidos pelos serviços de dermatologia e sifilografia existentes no Rio. Nesses últimos, Machado encontra uma média de 23% de casos de *sífilis*.[31] Obviamente, por se restringirem aos serviços especializados, tais dados não se prestavam a qualquer generalização relativa ao peso da *sífilis* como causa geral de internação nos hospitais da capital e muito menos à sua incidência na população em geral.

Essa ausência de estatísticas não iria, entretanto, intimidar mais sensivelmente outros dois ilustres médicos presentes ao congresso: o clínico Oscar Clark e o sifilógrafo Eduardo Rabelo. Oscar Clark abria sua comunicação afirmando que "a freqüência da lues no Brasil é do domínio histórico e até viajantes estrangeiros que percorrem o nosso país levam a impressão de que todo o nacional seja sifilítico" (Clark, 1921:188). Como Machado, o clínico se debruçava sobre dados referentes à população hospitalizada, mas provenientes de serviços não-especializados, nos quais era de se esperar uma menor incidência da doença. Entretanto, já utilizando sistematicamente o teste de Wassermann para identificar os contaminados, Clark chegava a dados ainda mais aterradores. Na Santa Casa de Misericórdia, de 100 doentes da 2ª enfermaria, examinados aleatoriamente, 57% apresentavam resultados positivos. Tais resultados, como lembrava Clark, diferiam muito pouco daqueles a que teria chegado o médico José de Mendonça, que, aplicando sistematicamente o mesmo teste nos internos do serviço cirúrgico da Beneficência Portuguesa, também teria encontrado 50% de resultados positivos (Idem).

E se a *sífilis* podia ser considerada responsável por mais da metade das internações hospitalares da capital federal, isso ainda dava, para Clark, apenas uma pálida idéia de sua incidência em todo o território nacional. Segundo dizia, "...pelo conhecimento que tenho de todo o Norte do Brasil não vacilo um instante sequer em afirmar ser a lues muito mais freqüente naquelas paragens do que no Sul. Se, pela reação de Wassermann feita de modo sistemático, obtivéssemos resultados positivos em 50% dos brasileiros residentes no Norte do país, de tal fato não me admiraria" (Clark, 1921:189).

---

[31] Quanto às enfermarias e consultórios de clínica dermatológica da Santa Casa de Misericórdia, Machado apresentava os seguintes dados: no período de 1911 a 1918, na enfermaria de homens teria havido uma média de 22,13% de casos de *sífilis*; na enfermaria de mulheres, a seu cargo desde que fora inaugurada, em 1910, até 1917, a cifra seria de 25,85%; no consultório chefiado por Eduardo Rabelo, no período de 1912 a 1917, a *sífilis* teria atingido 22,21% dos doentes e, no mesmo período, no consultório chefiado por Américo da Veiga, atingiria 19,37%. O Serviço de Pele e Sífilis da Policlínica Geral do Rio de Janeiro teria atendido, desde 1882, 21.495 doentes, dos quais 24,71% apresentavam manifestações sifilíticas.

Tudo isso vinha apenas confirmar uma "verdade" que, como se viu, era, para Clark, de "domínio histórico", constatação corriqueira na pena dos estrangeiros desde muito tempo. Assim, complementava o clínico: "Pela experiência que tenho de quase três anos nos hospitais europeus e new-yorkinos e de oito anos na Santa Casa de Misericórdia e na Beneficência Portuguesa do Rio, pelo conhecimento adquirido ao fim de centenas de autópsias e casando o meu estudo clínico e anátomo-patológico com as provas de laboratório (...) **posso afirmar que em nenhum dos países cultos percorridos a devastação causada pela sífilis se compara com a que observamos no nosso meio** (...) Calculam em 10 milhões o número de sifilíticos nos Estados Unidos da América; talvez tenhamos algarismo igual no Brasil com a quarta parte da população" (Idem, 191, grifo meu).

Por seu lado, Eduardo Rabelo afirmava no mesmo congresso que a *sífilis* excederia no Rio de Janeiro a taxa entre 10 a 20%, estimada para as grandes metrópoles em geral. Lembrando as estatísticas encontradas por Oscar Clark na Misericórdia, observava que esses dados sobre a freqüência e difusão da doença já seriam bastante eloqüentes para exigir "medidas acauteladoras..." (Rabelo, 1921:329). Rabelo enfatizava ainda fortemente o fato de o Brasil diferir da maioria dos países c*ivilizados*, onde a *sífilis* preferiria ser "antes cidadã que camponesa": Afirmava ele: "Em nosso país, sem que nos abalancemos a dizer que a fórmula se inverteu, estamos todavia autorizados a dizer que mesmo nos campos a proporção dos casos é notável. Assim depõem com clamorosa unanimidade todos os médicos que, como Carlos Chagas, Artur Neiva e outros, cruzaram em viagens científicas o nosso interior" (Idem). Efetivamente, como informa Castro-Santos, no relatório publicado em 1916, relativo à famosa expedição científica realizada no interior do país pelos médicos de Manguinhos em 1912, Artur Neiva e Belisário Pena faziam menção ao grande número de ulcerações e casos de cegueira, que, para eles, eram conseqüência da *sífilis* e de outras *doenças venéreas* que também afligiam severamente a população do interior do país (Castro-Santos, 1987:126).

Com a criação, no início da década de 1920, da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e o conseqüente desenvolvimento da primeira campanha nacional de combate à *sífilis*, atenua-se significativamente o alarme estatístico, que sempre vinha acompanhado de reivindicações referentes a "medidas acauteladoras" e de críticas à imobilidade das autoridades diante de um perigo grave e de difusão progressiva. Entre as medidas então adotadas contra a *sífilis* não figurava, entretanto, sua notificação obrigatória, permitindo que médicos e sifilógrafos continuassem operando com dados bastante imprecisos.

A estimativa que se estabelece durante os anos 20 apontava para um índice de contaminação da população brasileira em torno de um quinto. Como vimos, tal índice era geralmente encontrado apenas nos serviços especializados e não saberia dizer como pode ter sido deslocado para a população global. De todo modo, considerado extremamente alto, ele prevaleceria inalterado até o início dos anos 40. Já em 1921, na primeira palestra educativa promovida pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, Renato Kehl iria utilizá-lo. Depois de dizer que, não sendo doença de notificação obrigatória, seria impossível qualquer estatística segura, ele estimava, apoiado na autoridade dos sifilógrafos, especialmente em Eduardo Rabelo, existirem no Brasil 6 milhões de *sifilíticos*, ou seja, 20% de sua população. Já o número de *gonorrêicos* seria, "sem exagero no cálculo", um pouco menor, 4 milhões e 800 mil, perfazendo 16% da população (Kehl, 1921:46). Contrastivamente, segundo o eugenista, nos países *civilizados*, essas taxas seriam bem menores e a *sífilis* atingiria apenas 10% da população. Para embasar tal afirmação quanto aos *civilizados*, Kehl oferecia contraditoriamente estimativas bastante superiores. Citando Fournier, dizia que, na França, haveria de 13 a 16% de adultos atingidos pela *sífilis*. Para a Alemanha, Blaschko (1906) teria calculado 18% na "classe burguesa". E, para os Estados Unidos, Day e McNitt teriam estimado uma incidência de 6 a 13% das "classes burguesas", 20% entre os "pobres brancos" e 30% entre os "negros pobres" (Idem, 33). Quanto ao número de casos de *gonorréia*, dizia Kehl que, nos E.U.A. e Alemanha, estimava-se que 80% dos homens adultos, antes de completarem 30 anos, já a teriam adquirido e que de 70 a 95% das prostitutas a teriam ou teriam tido. No Brasil, acrescentava, na falta de uma propaganda contra a prostituição e da divulgação dos meios profiláticos, os números da *gonorréia* deveriam alcançar de 70 a 90% da população adulta masculina e 100% entre as prostitutas. No Rio, segundo diz, 90% dos homens adultos teriam ou já teriam tido *gonorréia* (Idem, 46-47). A isso, acrescentava: "Podereis vós, que nos ouvis, suspeitar que estamos enegrecendo o quadro mórbido do Brasil. Mas afirmamos escudados na opinião de cientistas de valor e probidade indiscutíveis, que infelizmente essa é a verdade. Há verdades que, embora deprimentes como esta, devem ser ditas para que se estimulem as campanhas de combate contra as endemias que devastam o nosso território de norte a sul" (Idem, 38-39).

Apesar da campanha sanitária desenvolvida ao longo da década de 20, o sifilógrafo alemão Roeschmann ainda utilizaria, em 1929, o índice de 20%, quando tratava de estimar a disseminação do mal no país. Citando Rabelo, dizia que "existem entre os 36 milhões de brasileiros, 7,2 milhões atacados. E o número de casos recentes era avaliado em 288 mil anualmen-

te (Roeschmann, 1929:37). Uma década mais tarde, em 1940, o médico-legista Hélio Gomes manteria ainda os mesmos cálculos, ao afirmar que, de 50 milhões de brasileiros, 10 milhões seriam *sifilíticos* (Gomes, 1941a:456).

O exagero desses números pode ser avaliado se os comparamos às estimativas bem mais precisas que vinham sendo estabelecidas pela Direção de Saúde do Exército, através dos censos nacionais que começaram a ser realizados sistematicamente a partir de 1919. Segundo tais censos, para o período de 1919 a 1928, a média de *venéreos* encontrada seria de 22%. Tendo em vista que esta média dizia respeito aos *venéreos*, o que incluía, além dos *sifilíticos*, os soldados atingidos pela *cancro mole* e pela *gonorréia*; e, aceitando que, além das prostitutas, eles eram, muito provavelmente, um dos grupos mais atingidos pelas *doenças venéreas*, pois tratava-se, em sua maioria, de homens jovens, pobres, desinseridos de seu meio familiar; mesmo utilizando os critérios diagnósticos do período (já em si bastante largos, do ponto de vista da atual definição da doença), a taxa de 20% de *sifilíticos* para a população global parece superestimar em muito a real incidência da doença no país. De todo modo, do ponto de vista das doenças venéreas em seu conjunto, já estamos muito longe dos quase 90% da passagem do século...

Em 1934, com a suspensão da campanha *antivenérea* iniciada na década anterior, o alarme estatístico voltaria a crescer progressivamente e o Brasil continuaria a manter seu estatuto de país particularmente *sifilizado*. É o que evidenciam, por exemplo, as afirmações do médico da armada portuguesa Emílio Faro, em artigo publicado no *Jornal de Sífilis e Urologia*, em 1934. Depois de dizer que uma grande parte da população portuguesa estava contaminada e que os europeus acreditam que quase todos os portugueses eram *sifilíticos*, complementava: "Nós portugueses fomos muito atingidos. Antigamente, pelas grandes viagens que fizemos, tanto para o Oriente, quanto para a América do Sul; nos últimos tempos, pela nossa grande emigração para o Brasil. **Ali, a sífilis é tão freqüente que, entre nós, pode dizer-se que quem viveu algum tempo nesse país é sifilítico com certeza**." (Faro, 1934:184, grifo meu).

Em 1940, no âmbito da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, os especialistas fazem um novo esforço no sentido de avaliar numericamente a extensão da doença no país. O primeiro tema da conferência foi justamente sobre o balanço estatístico da *sífilis*, sua incidência nos meios civil e militar, entre as prostitutas, presidiários, crianças, gestantes etc. (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 29). *A priori*, não havia motivos para comemorações. As comunicações apresentadas mantinham o mesmo tom de denúncia e alarme que, de modo geral, caracterizou todos os discursos relativos à *sífilis*, desde finais do século XIX.

Já na abertura da conferência, o ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, afirmava que tudo o que se fizera até então havia resultado em muito pouco e que a incidência da *sífilis* não declinara, nem no Rio de Janeiro, nem no país. Capanema lembrava o alto índice de contaminação entre os militares que, segundo dizia, era de 58/1.000, enquanto nos países de maior projeção internacional tal índice já havia baixado nos últimos 30 anos de 50 para 10/1.000. Os médicos-militares presentes não deixavam de ecoar o alarme do ministro, embora apresentassem índices de contaminação um tanto diferentes. O médico da Marinha Erasmo Lima dizia que no qüinqüênio 1935-1939 a incidência da *sífilis* teria sido de 39/1.000. E, embora reconhecesse que a *sífilis* estava em declínio na Marinha (para o qüinqüênio 1928-1932, o índice teria sido superior a 95/1.000), considerava a incidência ainda elevada, excessivamente superior às marinhas inglesa, francesa e americana. Para ele, era "imprescindível um apelo às autoridades no sentido de realizar de modo eficaz e permanente a campanha contra a sífilis" (Lima, 1941:92/93). Os médicos do Exército presentes ao encontro (Jaime de Azevedo Vilas-Boas, Benjamim Gonçalves e Ferdinando Siqueira Filho) continuam afirmando que a *sífilis* era "elemento responsável por extraordinário número de baixas aos hospitais militares e às enfermarias regimentais", devendo ser considerada, conforme dizem, um problema de "interesse nacional" por sua "considerável difusão em todo o país e nas corporações militares" (Vilas-Boas *et al.*:1941:85).

Capanema enfatizava ainda o alto índice de contaminação das gestantes. Segundo dizia, enquanto nos Estados Unidos e Escandinávia havia de 6 a 7% de gestantes contaminadas, no Rio de Janeiro esse índice subia para 10%. Aqui, novamente, os médicos presentes tendiam a concordar com o ministro que o quadro era grave, mas os dados que apresentavam a respeito eram, no mínimo, erráticos. Alguns traziam cifras muito maiores, como, por exemplo, José Pessoa Mendes que, compulsando dados dos serviços de pré-natal de todo o Rio Grande do Sul, concluía que a incidência da *sífilis latente* nas gestantes havia sido de 41% no ano de 1939 e de 19,87% para o ano seguinte (Mendes, 1941:332). Já segundo Clóvis Correa, do Departamento Nacional da Criança e da Fundação Gaffrée e Guinle, "a freqüência da sífilis nos consultórios pré-natais do Rio de Janeiro não é tão grande como geralmente se supõe". Segundo seus dados, na antiga Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, no ano de 1938, entre 3.687 gestantes matriculadas, teriam sido feitas três mil reações de Wassermann, das quais apenas 7,2% foram positivadas. No mesmo ano, nos consultórios de pré-natal dos centros de saúde do Departamento de Saúde Pública, haviam se matriculado 3.934 gestantes, entre as quais 8,6% apresentaram testes de Wassermann positivos (Correa, 1941:278). No ano seguinte, 1939, entre 3.613 gestantes matriculadas,

3.358 reações de Wassermann teriam sido realizadas, das quais 6,1% deram resultados positivos. Assim, em um total de 10.743 gestantes examinadas, a média de casos de *sífilis* seria de 7,8%.

Como se pode imaginar, a conseqüência imediata da *sifilização* das gestantes seria o alto índice de incidência da *sífilis* nas crianças brasileiras. Os dados oferecidos pelos médicos referentes às crianças eram também bastante variáveis. Apoiado em dados fornecidos pela Clínica Oscar Clark, o médico Serrão dizia ser a incidência da *sífilis* no meio escolar primário carioca particularmente elevada, pois, em 1.445 crianças examinadas clinicamente, teria encontrado uma taxa de 43,87% de casos de *sífilis* (Serrão, 1941:102). Já Hermógenes Pereira diz que havia quem afirmasse que 20% dos recém-nascidos brasileiros seriam *sifilíticos* (Pereira, 1941:248). O médico Mario Ramos Silva diz não ser necessário recordar os malefícios que a *sífilis* causa à infância do nosso país, uma vez serem "conhecidas as estatísticas que a colocam no primeiro plano da nati-mortalidade e entre os primeiros da mortalidade infantil" (Ramos, 1941:307). Porém, apresentava índices de contaminação bem menores que os de seus colegas. Ramos Silva apoiava-se em dados fornecidos por dois serviços que dirigia há dez anos no Rio de Janeiro, um de Higiene Infantil e outro de Sífilis Infantil. Em 1933, o médico teria realizado um estudo em cinco mil crianças, examinadas desde 1928. No grupo de zero a dois anos (três mil) teria encontrado 7,1% de *sífilis congênita* e, no grupo de dois a seis anos (duas mil), 18,6%, dos quais 14,6% apresentavam apenas as distrofias produzidas pela *sífilis* dos pais (Idem, 308). Assim, em relação a um conjunto de cinco mil crianças, 11,7% apresentavam sinais da doença, dos quais 7% apenas suas seqüelas. Ramos Silva complementava tal estudo com um outro mais recente, realizado em 1940, sobre mil crianças abaixo de dois anos, das quais 6,1% seriam *sifilíticas*.

Para a população adulta em geral, os dados apresentados pelos médicos à conferência eram particularmente dispersos. O serviço de biometria médica do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos teria feito 10.648 exames médicos de seleção para o funcionalismo público. Incluía pessoas de ambos os sexos, de níveis socioeconômicos distintos, com idade variando de 18 a 35 anos. Entre elas, apenas 784 (7,3%) tiveram suspeitas clínicas que motivaram pedidos de exames sorológicos, que se mostraram positivos em apenas 1% dos casos (Gonzaga, 1941). Obviamente, para uma população que se considerava contaminada em 20%, os funcionários públicos pareciam ser estranhamente resistentes ao mal. Entretanto, a *sífilis* teria um grande peso nos pedidos de aposentadoria por invalidez. Roberval Cordeiro de Faria, chefe da Diretoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, então encarregado das inspeções de saúde para efeitos de aposentadoria, dizia que, nos últimos 15 anos, de 7.416 pedidos de

invalidez por doença, 28% seriam de casos de *sífilis* "mais ou menos comprovados" (*apud* Pereira, 1941:257). Segundo o médico Hermógenes Pereira, da Seção de Assistência Social do Departamento dos Correios e Telégrafos, dos quase 230 laudos para concessão de licença, 21% correspondiam a *sifilíticos* e *parasifilíticos*, "computando, é claro, o cortejo terrificante que a sífilis apresenta na víscero-patologia, sobretudo nas doenças do aparelho circulatório" (Idem, 255).

O inspetor técnico do Serviço de Sífilis e Moléstias Venéreas da capital de São Paulo, J. T. Monteiro da Silva, trazia também dados de dispensários especializados paulistanos. No Centro de Saúde de Santa Cecília, de maior movimento e destinado, segundo o médico, "ao elemento familiar", em senhoras, homens e crianças, o resultado das reações específicas teria acusado, no primeiro semestre do ano de 1940, a "elevada cifra de 27% de soropositivos!" No Laboratório do Hospital Municipal, o dr. Gustavo Fleury da Silveira Jr., examinando sistematicamente, de dezembro de 1937 a janeiro de 1940, o sangue de 7.474 indivíduos, funcionários e operários municipais e domésticas da capital (contribuindo estas com 80% dos exames), teria encontrado 39% de casos positivos, submetendo todos a três reações específicas diferentes (Silva, 1941:252).

Finalmente, do ponto de vista da população hospitalizada, a incidência da sífilis continuava significativa, atingindo apenas aí a proporção que era estimada para a população global. O sifilógrafo paulista Humberto Cerruti trazia um extenso levantamento estatístico correspondente a 232.459 soro-reações praticadas pela Santa Casa de Misericórdia de 1911 até 1940. A partir de 1921, quando a Santa Casa começou a pedir exames para *sífilis* "quase que sistematicamente em todos os doentes internados", a taxa de positividade teria então se estabilizado em torno de 20% (Cerruti, 1941:395). Já no Rio de Janeiro, o clínico Genival Londres dizia ter encontrado a *sífilis* em um terço dos pacientes de uma clínica hospitalar gratuita e de um consultório particular (Londres, 1941).

Diante de tais números, mesmo reconhecendo inexistir "um padrão clínico e sorológico capaz de trazer a desejável uniformidade de apreciações", a primeira conclusão geral da Conferência de Defesa Contra a Sífilis de 1940 não deixava de perpetuar a "verdade" já secular de sermos um país de *sifilíticos*, estabelecendo que "estudada em todas as coletividades, encarada através dos mais variados pontos de vista, a incidência da sífilis no Brasil continua, de um modo geral, sensivelmente elevada" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis*, 1941:523).

Assim, o mal permanecia bem instalado no país e, resistindo aos esforços feitos no sentido de debelá-lo, podia continuar a ser considerado um dos fatores decisivos para a *degeneração* da *raça brasileira*.

Como vimos em *A Implantação Sifilográfica*, deste mesmo capítulo, através das exatas palavras de Juliano Moreira, desde (pelo menos) finais do século XIX, era comum considerar-se todo brasileiro como *sifilítico*. E não me parece haver dúvida quanto ao fato de a percepção de o Brasil ser um país de *sifilíticos* ser caudatária da idéia mais geral de serem os brasileiros particularmente excessivos sexualmente. Está fora do escopo deste trabalho discutir as formas e as origens da idéia de a *luxúria*, o *sensualismo* ou a *devassidão* estarem muito mais presentes no Brasil do que nos países europeus ou norte-americanos. De todo modo, sabe-se que tal crença remonta ao início da empresa colonial (Souza, 1994), tendo sido retomada fortemente a partir de finais do século XIX, no âmbito do esforço empreendido pelas elites intelectuais brasileiras no sentido de compreender "cientificamente" a nossa formação social e as razões de suas mazelas. Até meados do século XX, autores tão díspares quanto Pires de Almeida, Paulo Prado, Nina Rodrigues, Gilberto Freyre ou Afonso Arinos de Melo Franco teriam oportunidade de apontar a sensualidade ou a lubricidade como traço distintivo do caráter nacional brasileiro, ou, ao menos, como uma de suas características importantes (Leite, 1983; Parker, 1991). Se como diz a historiadora Laura de Mello e Souza (Souza, 1994), o Brasil nasceu sob o signo do demônio, terra do pecado, só podia ser também a terra da *sífilis*. E nossos sifilógrafos estavam bem cientes de que muitos viajantes que haviam passado pelo Brasil colonial diziam, como Johnson na sua *Histoire générale des pirates*, de 1725, que "quase todos os brasileiros (homens e mulheres) sofrem de afecções venéreas" (*apud* Clark, 1921:188).

Até as três primeiras décadas do século XX, uma conjunção singular de fatores climáticos e raciais vinha sustentar fortemente o mito da *luxúria* do brasileiro. Desde pelo menos o início do século XIX, sabia-se que o clima cálido favorecia a devassidão por excitar mais cedo a puberdade (Virey, 1836:68). Além do clima, a raça também teria sua influência sobre o apetite sexual. O médico francês Julien Joseph Virey não se esquecia dela quando, no começo do século XIX, dizia, em sua dissertação sobre a incontinência e seus perigos,[32] que "todos os africanos da zona ardente parece que trazem nas veias o fogo da lubricidade" (Idem, 54). A partir de uma interessante conjugação entre determinantes climáticos e raciais, Virey chegava mesmo a dar crédito à idéia de a *sífilis* ter se originado na África. Conforme

[32] Virey era formado pela Faculdade de Medicina de Paris e membro honorário da Real Academia de Ciências da França. Sua dissertação foi traduzida e publicada no Rio de Janeiro em 1836. Deve ter tido certo impacto, pois as idéias nela exaradas serão reproduzidas por autores brasileiros até a passagem do século. Em 1902, em seu famoso trabalho sobre a libertinagem no Rio de Janeiro (Almeida, 1902), o médico brasileiro Pires de Almeida não teve pudor em copiar-lhe longos parágrafos, apesar de citar Virey apenas uma vez.

dizia, "sabem todos, que nos climas quentes principalmente, sendo o suor contínuo, adquire um grau de mau cheiro, nos negros por exemplo, que se sente de longe. Ora, figuremos estes negros imundos e sórdidos, como são no estado selvagem, dando-se à lubricidade com negras ainda mais imundas que eles, saindo de seus mênstruos e desprezando o cuidado de se lavarem. Além das matérias sebosas que as glandes secretam sob o prepúcio do homem, e cuja acrimônia e acumulação deu ocasião à necessidade da circuncisão; além das que se ajuntam entre as longas ninfas dessas negras e exalam pútridos miasmas, tem-se as crostas do sangue das regras ou as das flores brancas e outras evacuações pela vagina que fizeram com que se considerasse em todos os tempos a mulher como impura, no tempo da menstruação. Nos países ardentes, onde a putrefação tem lugar com rapidez, será certo que estas matérias acres tenham causado irritações, evacuações purulentas nas membranas mucosas da vagina e da uretra? Ninguém o pode duvidar" (Idem, 1836:84-85). Embora veladamente, era tal idéia que se escondia atrás da "constatação" de Pires de Almeida de que, no Haiti, "a lubricidade por tal forma enfraqueceu a espécie, que muitos núcleos daquelas terras acham-se hoje, ou despovoados, ou degenerados, pelo flagelo da sífilis" (Almeida, 1902:20).

Ainda que em menor grau, mesmo os povos de raça latina, os *neolatinos*, eram também conhecidos por seu ardor sexual. Como dizia Afrânio Peixoto em seu tratado de higiene, de 1913, a abstinência sexual é "prática de higiene e moral, tão infringida, que é quase ridícula sua observância entre os povos latinos" (Peixoto, 1913:99).

Até os anos 20, quando se tratava de explicar o excesso sexual que caracterizaria o brasileiro, determinando a enorme disseminação da *sífilis* no país, muitos médicos lançavam mão dessas hipóteses climáticas e raciológicas. Como se dizia em 1871, a "mocidade", principalmente a brasileira, "vítima" de uma puberdade precoce devido ao clima quente", iria buscar nos bordéis "os germens de destruição que a deve minar surdamente, deteriorando-lhe o organismo, e implantar-lhe, assim como em seus futuros descendentes, a funesta origem de uma morte prematura ou de uma saúde precária" (Anônimo, 1871:26).

Em 1902, voltando ao tema, Pires de Almeida escrevia no *Brasil-Médico*: "Dir-se-á, talvez, com razão, que nos países ardentes, em que a terra brilha com a constante riqueza de suas produções, onde há abundância, a nudez habitual dos sexos desperta incessantemente idéias lúbricas, mormente em nações menos cultas..." (Almeida, 1902:35).

Em 1913, em seu *Elementos de Hijiene*, Afrânio Peixoto vinha confirmar que, entre os fatores que contribuíam para a incontinência sexual do brasileiro, estaria a puberdade precoce (Peixoto, 1913).

Porém, se idéia de o brasileiro ser excessivo sexualmente estava voltada a chegar mais ou menos intacta até nossos dias, os pressupostos que a sustentavam iriam ser, sobretudo a partir dos anos 20, questionados, principalmente os que diziam respeito à raça. Durante a década de 1920, por exemplo, Oscar da Silva Araújo dizia que vários autores norte-americanos continuavam a acreditar que a *sífilis* era muito mais freqüente entre os negros, dada a precocidade da sua vida sexual.[33] E, no Brasil, o sifilógrafo baiano Egas Moniz de Aragão teria mesmo utilizado, como critério para provar a "lubricidade simiesca sem limites" dos negros brasileiros, conforme a qualificava, a grande incidência do *cancro extragenital* entre eles. Geralmente, o surgimento de *cancros extragenitais* (nos lábios, ânus, mãos etc.) indicava a prática de atos sexuais não convencionais. Como se julgava freqüentemente que a procura dos "prazeres perversos", ou seja, a transgressão das normas sexuais fosse geralmente ocasionada pelo abuso dos atos sexuais normais e a conseqüente extenuação do prazer obtido através deles, concluía-se que a incidência dos cancros extragenitais seria um bom índice para se medir o excesso sexual de um indivíduo ou de um grupo social.

Oscar da Silva Araújo criticava veementemente as opiniões "exageradas" de Moniz de Aragão. Segundo o sifilógrafo carioca, desde finais do século XIX as estatísticas do Rio de Janeiro, confeccionadas por seu pai, apontavam que a maioria dos *cancros extragenitais* se verificava justamente em indivíduos brancos, sobretudo portugueses (Araújo, 1928a:33). Se havia, portanto, "hiperestésicos" sexuais, eles teriam vindo da população branca ou quase branca do Hemisfério Norte, que, como vimos, passou também, no mesmo momento, a ser considerada a verdadeira introdutora da *infecção sifilítica* no Brasil.

Embora apareça esporadicamente até os anos 40, a hipótese climática também passa a ser alvo de crítica nos anos 20. Em 1922, por exemplo, um editorial da *Folha Médica* dedicado à educação sexual combatia a hipótese climática. Depois de dizer que "precisamos repudiar de uma vez por todas essa concepção desmoralizadora, segundo a qual estamos condenados a vegetar nas formas inferiores de civilização", complementava: "se os raios de sol trazem mais calor, em compensação o metabolismo básico é menor". Assim, a maior *excitabilidade nervosa* que poderia existir no Brasil começava a ser explicada sobretudo pela "falta de treno no domínio de si próprio", que caracterizaria o brasileiro, principalmente quando comparado ao anglo-saxão (*Folha Médica*, ano III, nº 24 de 5/12/1922, p.279). Portanto, um problema de possível resolução através de uma intervenção educativa.

---

33 Araújo citava sobretudo um certo Mürrel, que havia declarado nunca ter visto uma *preta* virgem após os dezoito anos e que acreditava que em cinqüenta anos não haveria um só negro americano que não fosse *sifilítico* (Araújo, 1928a:60).

Efetivamente, a partir dos anos 20, os sifilógrafos brasileiros irão enfatizar sobretudo as influências sociomorais como moduladoras da "necessidade sexual" no sentido do excesso, apontando como suas causas precípuas a ignorância, a pobreza, a imoralidade do meio social, a herança escravocrata etc. Condicionando a intensidade, constância e diversificação da demanda e da oferta no mercado sexual, seriam tais influências que determinariam em última instância o ritmo de difusão da *sífilis*. E, o mais importante, diferentemente dos fatores biofísicos como a raça e o clima, elas podiam ser, através de uma intervenção esclarecida, alteradas mais rápida e facilmente, franqueando ao país o desenvolvimento em direção às tais "formas mais elevadas de civilização". Porém, mesmo acreditando progressivamente em uma possível "redenção", os sifilógrafos iriam manter fundamentalmente inquestionável o mito da hiperestesia sexual do brasileiro.

A ressurreição de uma raça

Já vimos em capítulo anterior (*Sífilis: Doença Universal*, cap. 1), como teoricamente a *sífilis* pôde se transformar em um dos mais importantes fatores de *degeneração* da *espécie* ou da *raça*, fazendo com que, desde o final do século XIX, a luta que se organizou contra ela pudesse assumir incontestavelmente um caráter eugênico. Assim, denunciada constantemente, a enorme difusão do mal entre nós não significava apenas o comprometimento da saúde e da vida de milhares de brasileiros, mas o comprometimento do futuro da nação, através do abastardamento da *raça* que lhe servia de substrato. Desde o século XIX, a doença vinha sendo apontada como a causa "acentuada da degeneração da nossa raça" (Araújo, 1891:27), fazendo com que trouxesse, "na fronte, o selo do abastardamento (Caldas, 1866:55). De finais do século XIX até 1940, sua importância entre os fatores de *degeneração* da raça no Brasil, não fez senão aumentar.

Obviamente, os médicos brasileiros estavam bem cientes da existência de outras importantes fontes de *degeneração*, como o *alcoolismo* e a *miscigenação racial*. No começo do século XX, por exemplo, o paulista Cláudio de Souza justapunha à sua luta contra a *sífilis* o combate ao *alcoolismo*, reconhecendo igualmente que a "conjunção com raças inferiores", que se processava livremente no país, contribuía também para o agravamento da *degeneração* da raça *neolatina* que, para ele, desenvolvia-se nos trópicos brasileiros (Souza, 1909:4). A situação seria tão grave que, em 1906, dizia aos convidados à inauguração de sua Liga: "Somos uma ronda de crianças, bailando a beira de um abismo, fazendo guarda alegre à uma câmara funerária, cantando uma serenata a acompanhar o enterro de um raça" (Souza, 1906a:18).

Porém, se a *sífilis* pôde, durante certo período, dividir com a *miscigenação racial* a posição de principal responsável pela "evidente" *degeneração* da *raça brasileira*, o mais interessante parece ter sido o fato de, sobretudo a partir de 1920, ela ter começado a se impor, substituindo-a. Foi ao longo dos anos 20 que o apelo em prol da salvação da raça através de uma *luta antivenérea*, lançado pelos sifilógrafos desde finais do século XIX, parece ter sido mais firmemente incorporado por eugenistas, como Renato Kehl, médicos-legistas e higienistas, como Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Rodrigues Dória, e psiquiatras, como Antônio Austregésilo, Juliano Moreira, Heitor Carrilho etc. Assim, fundada por Gustavo Riedel no Rio de Janeiro em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental teria o combate à *sífilis* como um dos principais meios para alcançar o seu objetivo maior: prevenir a incidência das doenças mentais no país (Costa, 1981). E, se desde 1921 o grande eugenista brasileiro Renato Kehl entrara na *luta antivenérea* era porque a *sífilis* "não só sacrifica a vítima, mas a descendência e, por prejudicial à raça, constitui um grande perigo nacional" (Kehl, 1921:7). Em 1929, as campanhas *antivenéreas* seriam um dos grandes temas discutidos no 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado no Rio de Janeiro (Stepan, 1990:119).

A partir dos anos 20, e até o início dos anos 40, as concepções dos sifilógrafos parecem se adequar perfeitamente ao neolamarckismo que teria marcado quase toda a reflexão brasileira sobre a hereditariedade nesse período. Como aponta Nancy Stepan em trabalho recente, diferentemente dos países anglo-saxões, no Brasil e em outros países latinos, "eugenizar" significou predominantemente "sanear". Para ela, isso se explica pelo fato de que, "influenciados" pelos teóricos franceses, os eugenistas, higienistas e médicos brasileiros em geral se pautavam por idéias neolamarckianas, acreditando na hereditariedade dos caracteres adquiridos.[34] Assim, a solução do *problema racial* no Brasil teria se centrado amplamente no combate às doenças epidêmicas e endêmicas que o assolavam e cuja nefasta influência, como permitia pensar o neolamarckismo, era sentida pela descendência, *abastardando-a*.

Através do neolamarckismo, ressaltava-se então que se o Brasil era o exemplo de país *degenerado*, como queriam, desde o século XIX, Buckle, Gobineau e os intelectuais brasileiros que incorporavam suas idéias, isso não se devia nem ao clima, nem à miscigenação racial, como eles acredita-

---

[34] Segundo Stepan, até os anos 40 as idéias mendelianas sobre a imutabilidade das características genéticas ante as influências do meio, hegemônicas após a Segunda Grande Guerra, eram defendidas em apenas três instituições de pesquisa brasileiras: no Museu Nacional, através de Roquette-Pinto, na Escola de Agronomia de Piracicaba, através de Carlos Teixeira Mendes e Otávio Domingues e, a partir dos anos 30, na Universidade de São Paulo, através de André Dreyfus (Stepan, 1990: 133/134).

vam. Éramos inferiores, mas não se tratava de uma inferioridade *constitucional*, e sim de uma inferioridade conjuntural, situacional. No prazo de poucas gerações, caso se fizesse uma política sanitária e educativa bem dirigida, o Brasil podia ser eugenicamente redimido, purificado. As raças que compunham sua população exibiriam então seus atributos positivos, apenas momentaneamente mascarados pelas deletérias conseqüências de certas doenças, como a *sífilis*, e de certos costumes perniciosos, como o excesso sexual que a propiciava. Acreditar-se que parte do *problema* brasileiro residia na *sífilis* e não na mistura de raças trazia, assim, importantes ganhos secundários. Contribuía para que se instalasse um certo otimismo científico, parte do esforço empreendido pelas elites brasileiras, sobretudo a partir dos anos 20, no sentido de retirar do Brasil, segundo diz Stepan, o fado de um país que, por ser mestiço e quente, estava condenado para sempre ao atraso e à barbárie. Para a autora, a consolidação desse tipo de raciocíonio durante os anos 20 esteve ligada principalmente ao surgimento do que ela chama de "nacionalismo realista" que, como diz, baseava-se "na rápida expansão de uma economia exportadora construída sobre o café, na industrialização e na emergência de novos grupos profissionais de classe média que esperavam reformar a tradicional política republicana e lançar o Brasil como uma potência mundial" (Stepan, 1990:128/129). Foi nessa nova conjuntura que teriam emergido preocupações relativas às condições sanitárias da mão-de-obra nas grandes cidades, à atração de imigrantes brancos e à necesidade de "redimir" os sertões. E, o que interessa mais diretamente a esta obra, foi então, segundo a autora, que "os brasileiros começaram a rejeitar sua tradicional dependência em relação ao conhecimento e aos valores europeus, procurando novos caminhos para reinterpretarem sua condição racial e climática no sentido de produzirem para si mesmos uma visão mais otimista do país..." (Idem).

Nesse contexto, a *sífilis* – cuja importância para a sobrevivência das idéias neolamarckianas em todo o mundo é amplamente reconhecida por Stepan[35] – teve sem dúvida um valor estratégico entre nós. Conjugadas à crença em sua extrema difusão no Brasil devido ao excesso sexual que singularizava os nacionais, suas características *hereditárias*,

[35] Depois de afirmar que, na primeira metade do século XX, o neo-lamarckianismo era prevalente nos círculos médicos, Stepan acrescenta: "Nessas décadas, a persistência entre os médicos de idéias lamarckianas cientificamente mais elaboradas refletia, não sua estupidez ou ignorância, mas a aparente irredutibilidade de certos problemas da patologia humana. Tome-se, por exemplo, o impacto das doenças venéreas dos pais sobre sua descendência: a "adaptabilidade" [*fitness*, no original] dos filhos não se encontrava diminuída? E essa inaptidão não era hereditariamente transmitida? Não havia uma "condição heredo-sifilítica"? Esta era a opinião da maioria dos médicos na França, onde as idéias lamarckianas eram muito difundidas, informando o movimento eugenista que lá se desenvolvia" (Stepan, 1990:120).

contribuíram significativamente para que a reflexão sobre a *degeneração racial* se deslocasse do problema da miscigenação para o problema da patologia sexual. Tal deslocamento parece ter encontrado sua versão mais radical e influente em *Casa Grande e Senzala*, de Gilberto Freyre, que, publicado em 1933, pode ser considerado um testemunho inegável do grande impacto da reflexão sifilográfica dos anos 20 sobre o pensamento social brasileiro que se produz a partir daí.

Como já pude observar, Freyre faz inúmeras referências à *sífilis* nessa obra, apoiando-se amplamente nos trabalhos históricos do sifilógrafo Oscar da Silva Araújo. Repetindo Araújo, Gilberto Freyre diz que o Brasil se "sifilizou" bem antes de se "civilizar" e que, entre as "influências sociais", "talvez sífilis tenha sido, depois da má nutrição, a mais deformadora da plástica e a mais depauperadora da energia econômica do mestiço brasileiro" (Freyre, 1954[1933]:161). Para ele: "A vantagem da miscigenação correspondeu no Brasil à desvantagem tremenda da sifilização. Começaram juntas, uma a formar o brasileiro – talvez o tipo ideal do homem moderno para os trópicos, europeu com sangue negro ou índio a avivar-lhe a energia; outra, a deformá-lo. Daí certa confusão de responsabilidades; atribuindo muitos à miscigenação o que tem sido obra principalmente da sifilização; responsabilizando-se a raça negra ou ameríndia ou mesmo a portuguesa, cada uma das quais, pura ou sem cruzamento está cansada de produzir exemplares admiráveis de beleza e robustez física, pelo "feio" e pelo "bizonho" das nossas populações mestiças mais afetadas de sífilis ou mais roídas de verminose" (Idem).

Mesmo depois de se ter colocado em dúvida o caráter hereditário da doença, a articulação entre *sífilis* e *degeneração racial* permaneceria, no Brasil, bastante forte, perdurando nos meios científicos até pelo menos os anos 40. Assim, na abertura da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, o seu presidente, sifilógrafo Joaquim Mota, reiterava o caráter "patriótico" do evento, uma vez que seu objetivo maior era "melhorar a saúde de nosso povo e salvaguardar o futuro da raça brasileira" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:41). Para Mota, o combate à *sífilis* que o Estado Novo então anunciava vinha completar a obra já realizada por Vargas, no sentido de "formar em bases eugênicas o brasileiro de amanhã". Segundo dizia, "Cuida-se de amparar a maternidade e a infância, desenvolvem-se atividades em prol da educação física da mocidade, mas é mister combater os males que desvalorizam o homem, que se perpetuam através de gerações, criando as degenerescências e o abastardamento da raça" (Idem, 43).

Enfim, em cerimônia no Palácio do Catete, era o próprio Vargas que vinha endoçar os laços que continuavam a manter bem unidas *sífilis* e *degeneração*. Ao receber as conclusões e moções aprovadas pela conferência, dizia que nelas encontraria seguramente subsídios para o programa que pretendia realizar "visando à solução médico-social da sífilis, de tão grande interesse para a nacionalidade e para a raça" (Idem, 541). Era o reconhecimento máximo da *sífilis* enquanto objeto de "interesse nacional" e do valor social da sifilografia e de seus devotados cultores.

A Difícil Medicalização do Mal

Castigos, Doenças e Troféus

Se, como os sifilógrafos souberam construí-lo, o *problema venéreo* era dos mais graves, especialmente no Brasil, dada a disseminação da *sífilis* e de seu impacto sobre a *raça*, ele devia ser considerado, antes de mais nada, um *problema médico*, para que pudesse ser por eles solucionado. Ora, diferentemente de outras doenças, a *sífilis* e as *doenças venéreas* sempre estiveram fortemente investidas de valores morais. Dificultando a completa medicalização do mal, tais valores passaram a ser considerados pelos médicos, a partir do século XIX, como um dos maiores obstáculos para a solução do *perigo venéreo* que denunciavam. Assim, ao trabalho de dimensionamento do mal, conforme analisado nos capítulos precedentes, os sifilógrafos tiveram de submetê-lo ainda a um constante trabalho de medicalização.

Como vimos, em sua análise sobre o desenvolvimento do conceito de *sífilis*, Fleck afirmava que a mudança mais significativa por que passou teria consistido na perda do caráter ético-místico de que se revestia. Ao longo do século XIX, aliada ao recuo global da autoridade religiosa ante a autoridade laica, cientificamente orientada, a implantação da bacteriologia (e a conseqüente afirmação do caráter essencialmente contagioso da *sífilis*) vem abalar a relação imediata que, mesmo no seio das teorias médi-

cas, ainda identificava a doença ao comportamento sexualmente excessivo ou desregrado. Como vimos, para os sifilógrafos da passagem do século, o conceito de *sífilis* teria se tornado então mais objetivo, racional e positivo e o sexo teria se reduzido a apenas um meio de transmissão preferencial da doença.

O "desencantamento" da *sífilis* permitiu aos sifilógrafos empreenderem um importante movimento, que, embora marcado por contradições e ambigüidades, teria profundas conseqüências sociais, extravazando em muito o campo da luta *antivenérea*. Tal movimento ganhou visibilidade já nas primeiras conferências internacionais de profilaxia da *sífilis* e *doenças venéreas*, realizadas em Bruxelas em 1899 e 1902. Aí, no bojo das diretrizes que deviam orientar a campanha *antivenérea* a ser empreendida, defendia-se reiteradamente a universalização e a reforma do tratamento dispensado aos *venéreos*, expurgando-o de qualquer prática vexatória ainda existente. Além disso, aconselhava-se a realização de ampla propaganda destinada a "destruir os tradicionais preconceitos relativos à classificação social da sífilis, encarada como doença vergonhosa" (Machado, 1913:31). Médicos de diversos países engajaram-se então em uma intensa e ampla campanha contra o caráter estigmatizante da doença e a discriminação dos doentes. Insurgiam-se contra o "pacto de silêncio" que envolvia a "questão sexual", contra a "moral vitoriana", a "conspiração do silêncio", a "hipócrita moral burguesa", os "falsos ou fingidos pudores", as "mal cabidas ingenuidades", que reduziam a *sífilis*, como dizia Afrânio Peixoto, à "doença ilícita, pudenda, que se contrai em maus lugares" (Peixoto, 1913:598). O objetivo deste capítulo é justamente descrever o modo pelo qual os médicos perseguiram tal objetivo, crucial, sem dúvida, para seu projeto de intervenção.

Não existem doenças vergonhosas

Decorrência imediata da antiga concepção da *sífilis* enquanto mal *venéreo*, a culpabilização ou responsabilização do doente e o correlativo sentimento de vergonha que inspirava passaram a ser, para os médicos e sifilógrafos, sumamente perniciosos para a luta a ser empreendida contra a doença. Antes de mais nada, segundo diziam, a responsabilização do doente impedia que a doença se tornasse objeto de uma ação pública eficaz. Se a *sífilis* era um mal necessário, um merecido castigo ou um elemento importante de dissuasão sexual, como queriam muitos, por que erradicá-la? Por que o Estado deveria se ocupar, com dinheiro dos cidadãos "honestos", em sanar gratuitamente os males daqueles que bem os

haviam procurado? O estigma impedia assim que a *sífilis* se transformasse em problema de saúde pública como outras endemias e epidemias, contribuindo para que um mal que se revelava de conseqüências tão desastrosas para a *raça* e para a *nação* permanecesse adstrito à esfera privada, como, aliás, todas as questões referentes à sexualidade. Quanto a este ponto, é importante lembrar que os médicos da passagem do século se endereçavam não apenas aos *moralistas* (como diziam freqüentemente sem maiores especificações), mas também à tradição médica anterior que, como vimos, considerando a *sífilis* uma conseqüência direta do excesso sexual, permitia que fosse interpretada como um castigo merecido à libertinagem. Para muitos, a ameaça da doença teria assim um papel funtamental na contenção sexual, principalmente dos jovens, contribuindo para a manutenção de sua saúde. Em meados do século XIX, esse raciocínio era explicitamente formulado por médicos como o francês J. J. Virey. Para Virey, depois da moralização empreendida pelo cristianismo, processo que teria distinguido os europeus de todos os outros povos do planeta e de seu passado pagão, a devassidão teria voltado a reinar na baixa Idade Média, nas Repúblicas Italianas e em Roma, dada a opulência do comércio com o Oriente. Foi justamente o momento do surgimento do *mal venéreo*, que, segundo diz, teria historicamente promovido "saudável reforma nos costumes" (Virey, 1836:62). Para ele, o medo da *sífilis* teria tido assim um papel fundamental para a inibição das debilitantes emissões continuadas de esperma, pois, como diz: "Quantos moços não temem o diabo, mas contêm-se pelo medo das enfermidades venéreas?" (Idem, 6).

A vergonha da doença dificultava também a procura do médico ou, o que parecia ser a mesma coisa, impedia que o doente adotasse uma atitude "racional" ante a doença. Por volta de 1908, por exemplo, o regulamento para o Serviço Interno dos Corpos do Exército previa a realização de preleções sobre as *doenças venéreas*, através das quais as praças deveriam ser informadas de que, "sendo conhecido o tratamento da sífilis e, portanto, sendo reputada uma doença curável, não devem os seus portadores excusar-se de procurar o médico, sob o pretexto injustificável de vergonha" (*apud* Machado, 1915:9-10). Na mesma época, o dispensário para *sifilíticos*, mantido no Rio de Janeiro pela Liga Brasileira Contra a Tuberculose, distribuía conselhos impressos aos pacientes, onde se lia que "apontada hoje como um mal social, a sífilis não deve ser considerada uma doença vergonhosa e sim uma desgraça, para a qual, felizmente, a ciência possui remédios eficazes desde que não sejam procurados tardiamente" (Idem, 45).

Algumas classes de doentes pareciam ser especialmente sensíveis ao estigma da doença. No início dos anos 20, ao comentar as estatísticas de Belém relativas às *doenças venéreas*, Hilário Gurjão – médico-diretor do então recém-criado Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas do Pará – chamava a atenção para a demora na busca de recursos médicos, principalmente entre as mulheres casadas. As razões eram óbvias. Segundo diz, além "da inexperiência de muitas esposas, desconhecedoras dos males venéreos", estava indubitavelmente "o acanhamento que muitas senhoras têm de consultar o médico, para essa doença que reputam vergonhosa" (Gurjão, 1922:305).

Não se tratava, é claro, de desconhecer completamente os sentimentos de pudor exibidos pelos doentes. Sob pena de afugentar os contaminados, a campanha contra o caráter vergonhoso da doença não devia implicar imediatamente a supressão de dispositivos que assegurassem o anonimato e a discreção da intervenção médica. Nesse sentido, advoga, por exemplo, uma das conclusões aprovadas sobre o assunto pela Academia Nacional de Medicina, em 1890. Aconselhando a criação de hospitais e ambulatórios especiais para os *venéreos*, ressaltava-se, porém, que tais "ambulatórios, hospitais ou enfermarias criadas nos hospitais já existentes terão caráter atraente, e evitarão o mais possível a divulgação e mesmo suspeição pública, para não afugentar os afectados das moléstias venéreo-sifilíticas que os devem freqüentar" (*apud* Almeida, 1902:338).

Assim também, o mesmo regulamento para o Serviço Interno dos Corpos do Exército de 1908 que dizia aos doentes para não se envergonharem, aconselhava igualmente aos médicos militares que os cercassem "de toda a circunspecção, afim de que vá desaparecendo o hábito lamentável de, por acanhamento, não se consultarem um médico para tratamento" (*apud* Machado, 1915:9-10). Em 1907, o mesmo tema reaparecia na crítica do médico Nascimento Gurgel ao dispensário mantido então pela Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária. Conforme o médico carioca "o grande defeito que observou no dispensário de São Paulo foi a ruidosa espetacularidade com que, por toda a parte, procura ele atrair clientes. É assim que, em sua sede, em uma das ruas mais concorridas e defronte do hotel mais freqüentado de São Paulo, se encontra uma tabuleta de quase dois metros de largura, anunciando em letras garrafais o tratamento da sífilis, das moléstias venéreas e do alcoolismo. Isto basta para que sejam mal vistos todos os que o procuram e explica a pouca concorrência que teve ocasião de observar" (*apud* Machado, 1915:24).

Além de impedir ou retardar a procura do médico, o caráter vergonhoso da doença fazia com que muitos contaminados se auto-medicassem ou, pior, que se entregassem a seus concorrentes "desleais": charlatães,

farmacêuticos irresponsáveis, feiticeiros. De finais do século XIX até a década de 40, o charlatanismo vai ser levantado insistentemente como uma das grandes barreiras para a erradicação do mal. E se o charlatanismo florescia assim tão vigorosamente na seara dos *males venéreos* era, em grande parte, também devido a esse terrível sentimento de vergonha, que fazia com que os pacientes evitassem os médicos: "De fato, como reconhecia Eduardo Rabelo em 1918, em nenhuma doença como nessas existe maiores ensanchas para operarem os charlatães, e, a sífilis, em particular, parece que foi feita para seu campo propício de exploração. **Trata-se em primeiro lugar de doença tida como secreta, muitas vezes contraída mediante falta grave**, donde a necessidade de dissimulá-la até mesmo não procurando o médico" (Rabelo, 1921:345, grifo meu).

Havia ainda as próprias características da doença, que, conforme ressaltava Rabelo: "Em geral, tanto para o doente, quase sempre pouco instruído no assunto, como muitas vezes para o charlatão aparece como local e benigna. Curado sob esse critério o acidente inicial, segue-se uma pausa mais ou menos longa e aparecem enfim os acidentes exantemáticos que por vezes assustam o doente e o fazem procurar o médico, quando ainda a ignorância não os leva à conta de doença cutânea sem maior importância. Estes fatos de todos os dias são de freqüência verdadeiramente clamorosa nas classes de indivíduos menos favorecidos de fortuna e incultos, para os quais o curandeiro e em geral o farmacêutico próximo são os primeiros consultados e tratam o doente por meios locais ou pelos chamados depurativos do sangue, que quase sempre também depuram as algibeiras do neófito" (Idem). Rabelo reivindicava, como antes dele já vinham fazendo outros médicos, uma legislação especial que impedisse o tratamento de *sifilíticos* "por pessoas não devidamente qualificadas", bem como o anúncio e reclame de medicamentos contra essas doenças na imprensa profana (Idem).

O caráter secreto da doença dificultava ainda o conhecimento exato da verdadeira dimensão do mal, prejudicando o estabelecimento de estatísticas confiáveis. É ainda Eduardo Rabelo que melhor expõe o problema. Conforme diz, para que se pudesse avaliar a importância da *sífilis* como causa de morte não se devia procurar "na rubrica 37 da nomenclatura internacional do registro de óbitos, onde ela orça a quase nada", pois "entre a benigna condescendência do médico, de um lado, e **os conselhos da ética diante do caráter ainda secreto da doença**, de outro, deveria haver lugar para se calar a denúncia de muitos casos" (Idem, 335, grifo meu).

Finalmente, do ponto de vista dos médicos, além de ter um impacto negativo sobre a intervenção propriamente terapêutica, a "hipocrisia social", que calava sobre as *doenças venéreas* e sobre as questões sexuais, impe-

dia a disseminação de informações que propiciassem a prevenção de novos contágios. Em 1922, em editorial favorável à educação sexual e *antivenérea*, a *Folha Médica* dizia que, além de contribuir para o surgimento de mães solteiras e prostitutas, "a última das terríveis conseqüências do regime da hipocrisia é a imensa expansão das doenças venéreas, cujas influências diretas ou remotas sobre a humanidade escapam à medida" (*Folha Médica*, ano III, nº 24, de 5/12/1922, p.278).

Assim, ao longo de toda a primeira metade do século XX, os médicos passam a enfatizar cada vez mais intensamente o fato de ser o valor social da *sífilis*, seu caráter estigmatizante, que comprometendo a eficiência de uma intervenção científica, constituía o mais sério obstáculo para a sua erradicação ou controle. No âmbito do 1º Congresso Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia de 1918, Eduardo Rabelo expunha com enorme clareza o grande dilema com o qual se defrontavam os sifilógrafos, principalmente depois das espetaculares "descobertas" relativas à natureza do mal e aos meios terapêuticos e preventivos, ocorridas ao longo da primeira década do século XX. Segundo diz "...se não fora o estar sua propagação ligada principalmente **a atos privados da vida sexual e aos preconceitos que lhe traz esta origem**, seria ela, diante dos conhecimentos atuais, uma das doenças de mais fácil erradicação. Sabemos qual seja o seu agente causal, conhecemos a fraca vitalidade desse germe fora do organismo humano e quais as condições de sua penetração em nosso corpo, não ignoramos quais as fontes de onde promana o contágio, quais os recursos precisos para o diagnóstico seguro e precoce e, finalmente, possuímos, com a medicação arsenical, meio eficaz de promover a destruição dos principais focos de infecção pela cura das lesões contagiantes" (Rabelo, 1921:335, grifo meu).

Para além da intervenção propriamente terapêutica, impunha-se, portanto, um combate no nível dos valores ou dos "preconceitos sociais" que, segundo uma das maiores autoridades latino-americanas em sifilografia do primeiro quartel do século XX, o argentino Emílio Coni, ainda impregnavam o próprio mundo médico. A seus olhos, os médicos "muy mal han hecho siempre, pretendiendo enmascarar la temible sífilis con los nombres de lues, avéria, avariosis, mal hunteriano, mal napolitano, mal francés, mal vergonzante, plaga roja, peste moderna, enfermedad de transcendencia social etc." (Coni, 1922:9).

Em 1921, no 2º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, reunido em Montevidéu, ele abria seu extenso balanço da luta contra a *sífilis* na América, concitando seus colegas a "conservarle su verdadero y primitivo nombre de pila, sin ocultaciones contraproducentes. Debe figurar al lado de la viruela, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea etc.

Nada, pues, de hipocresías y gazmoñerías. Difundamos a la luz meridiana su profilaxis colectiva y particular, empleando todos los medios prácticos a nuestro alcance, y terminemos por siempre con los eufemismos y perífrases" (Idem).

Como se pode perceber facilmente, o que estava em jogo, de um ponto de vista mais amplo, era a própria definição da doença enquanto realidade médica. O sentimento de vergonha que provocava supunha a interveniência de um outro código no diálogo entre o médico e "seu" doente, de uma concepção propriamente moral e moralizante, tributária de doutrinas cristãs que, tratando a doença como castigo a um pecado, ou, ao menos, seu sinal visível, retirava-a parcialmente das mãos dos médicos ou do âmbito da medicina.

Porém, se os sifilógrafos passaram a lutar para que a *sífilis* figurasse sem escândalo ao lado das outras doenças infecciosas, isso não significa de modo algum que seu discurso tenha sido indiferente à moralidade ou impermeável a valores sociais mais abrangentes. De um modo geral, ao contrário, podemos afirmar, de um lado, que a *sífilis* continuou sendo um ponto de apoio importante para a emissão de diferentes modalidades de discurso moralizante e reformista.[1] Ora, não foi sem razão que a primeira sociedade internacional de combate à doença, cujas sucursais rapidamente se espalharam por inúmeros países, tenha se denominado Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária **e Moral**. Assim, o discurso científico e a atitude racional que se procurava instaurar ante a doença não deixaram de manter complexas relações, ainda que indiretas, veladas e até mesmo negadas, com a moral sexual vigente. Apesar da atitude mais tolerante e compreensiva inaugurada pelos sifilógrafos, a *sífilis* continuou sendo sinal de decadência e imoralidade; e, através da geopolítica que se constituiu em torno dela, continuou a servir de critério para a classificação e avaliação moral de sociedades ou de grupos sociais.

---

[1] Em sua minuciosa análise da *luta antivenérea* americana, Allan Brandt (Brandt, 1985) diz que os "venereólogos" teriam tido papel fundamental na chamada "Reforma Progressivista", empreendida na passagem do século, por terem desenvolvido conjuntamente as duas principais tendências de sua "complexa ideologia": o desejo por uma ordem moral rigorosamente definida e a crescente confiança na intervenção do técnico especializado ou na perícia técnica (Idem, 8). Tais tendências, principalmente a crença na eficácia da intervenção científica como meio de resolver os chamados problemas sociais, também se fizeram sentir entre as elites intelectuais brasileiras do mesmo período, influenciadas, como é sabido, por um difuso positivismo de inspiração comtiana. Porém, por não se ter constituído entre nós, como parece ter sido o caso americano, enquanto um movimento social mais amplo, não me sinto muito confortável em utilizar um rótulo geral como o de "progressivismo", termo utilizado por Brandt para qualificar tanto os discursos quanto as práticas que analisa. Aliás, este rótulo em momento nenhum é reivindicado ou utilizado por meus informantes, para dar unidade às suas idéias e práticas.

O interessante é justamente explorar o modo pelo qual, sob a racionalidade científica, o valor moral da doença permanecia informando intensamente representações e práticas médicas, dando à *sífilis* sua marca distintiva no concerto das doenças humanas. O discurso dos sifilógrafos era um discurso cindido, dilacerado entre as prescrições de uma racionalidade científica e os imperativos culturais de uma determinada moral sexual. E o que importa aqui não é suprimir suas contradições e tensões, mas sim explorá-las e apresentá-las em toda a sua extensão para que se possa, depois, avaliar suas conseqüências práticas para a luta empreendida. A questão que se coloca então é a de saber como os médicos encaminharam esse duplo processo de desestigmatização ou medicalização da doença e irresponsabilização do doente.

Para tanto, é importante lembrar preliminarmente que, apesar da quase inexistência de estatísticas para todo o período aqui investigado, a prostituição continuou sendo considerada indiscutivelmente a fonte direta ou indireta da *sífilis* e das *doenças venéreas*. É em torno da origem, digamos, prostitucional do mal que giravam todas as dificuldades que os médicos encontravam para fazer com que as *doenças venéreas* figurassem sem escândalo, como queria o argentino Coni, no rol das patologia humanas.

Um infame comércio

Os médicos não tinham dúvidas quanto ao fato de as prostitutas serem as grandes disseminadoras do mal. Efetivamente, até meados do século XX, apesar das enormes divergências quanto às melhores armas para o combate às *doenças venéreas*, uma verdade parecia indiscutível no meio médico brasileiro e internacional: a propagação da *sífilis* é variável diretamente dependente da dimensão que a prostituição, pública ou clandestina, assumia nos diferentes países. Em seu trabalho sobre a França, o historiador Claude Quétel afirma a respeito que "à época, não vinha a ninguém a idéia de se perguntar até que ponto, enfim, sífilis e prostituição não eram senão uma mesma coisa. Desde antes da Revolução, porém ainda mais durante o século XIX e a primeira metade do século XX, a prostituição é considerada com a grande sementeira da sífilis, sobretudo quando emerge no horizonte da *Belle Époque* a obsessão pelo perigo venéreo" (Quétel, 1986:271). Para Brandt, nos E.U.A., igualmente, "médicos e reformadores sociais associavam as doenças vénereas **quase exclusivamente** com a vasta populacão de prostitutas das cidades americanas" (Brandt, 1985:31). No Brasil, em linhas gerais, o mesmo acontece e tal fato já tem sido apontado por pesquisas mais ou menos recentes. Toman-

do como objeto o discurso emitido por médicos entre 1845 e 1890, a historiadora Magali Engels afirma, por exemplo, que a ênfase "...recaía sobre a prostituição enquanto fonte e agente de propagação da sífilis..." (Engels, 1985:91). Por seu lado, Jurandir Freire Costa diz que "as prostitutas tornaram-se inimigas dos higienistas principalmente pelo papel que supostamente tinham na degradação física e moral do homem e, por extensão, na destruição das crianças e da família; contaminando os libertinos com suas doenças venéreas, induziam à produção de filhos doentes e votados à mortalidade precoce" (Costa, 1979:265). Porém, como se verá, a partir das mesmas idéias derivou-se aqui uma modalidade de intervenção social um tanto diferente daquelas que foram empreendidas nos dois outros países.

É importante lembrar que, em relação à prostituição, como no caso da hereditariedade mórbida (ver *A Espécie Humana Sob Ameaça*, cap. 1), a reflexão dos médicos (sifilógrafos, higienistas e médicos-legistas) não se desenvolvia no vazio. Antes, incorporava um *problema* que desde a primeira metade do século XIX vinha preocupando, por outras razões, autoridades policiais e administrativas de diversos países (inclusive as brasileiras), engajadas em um amplo projeto de moralização do espaço público: no centro do "problema prostitucional", a idéia de que as prostitutas e a ambiência dos bordéis representavam um foco perigoso de desordem social. Ao menos quanto à primeira metade do século XIX, a prostituição era abordada principalmente a partir de suas conseqüências morais e disciplinares e, apenas secundariamente, das higiênicas ou médicas.

Em seu clássico estudo sobre a prostituição na França oitocentista, diz Alain Corbin que, refletindo a influência crescente do higienismo, teria sido sobretudo a partir das três últimas décadas do século XIX que, na luta contra a prostituição, "utiliza-se sobretudo o tema do perigo sanitário ou higiênico, fundando-se tal luta muito mais que antes sobre a autoridade médica" (Corbin, 1982:44). A reprodução do mesmo movimento no Brasil não deixou de ser percebida por Magali Engels. Ao analisar as discussões ocorridas no seio da Academia de Medicina e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, durante o período que se estende de 1845 a 1890, Engels afirma que, "pela trajetória do tema da prostituição nos meios acadêmicos de medicina, podemos observar o desenvolvimento paulatino no sentido de associar prostituição e moléstias venéreas (particularmente, a sífilis)" (Engels, 1985:76). Se essa transformação da prostituição, de problema **jurídico-policial** em problema **médico-sanitário**, permitiu que, até meados do século XX, as medidas disciplinares impostas às prostitutas se apoiassem em razões higiênicas, fez também com que a profilaxia pública da *sífilis* tivesse, por sua vez, de passar necessariamente, com maior ou menor intensidade segundo o período considerado, pela "solução" juridicamente complicada do *problema da prostituição*.

Assim, do ponto de vista dos médicos, a partir de finais do século XIX, a prostituição torna-se, antes de mais nada, uma ameaça sanitária e a *sífilis* sua conseqüência mais assustadora. Desde então, propaga-se a idéia de serem as prostitutas que, através de seu "infame comércio", como se dizia, espalhavam as *doenças venéreas* em todos os países (Anônimo, 1871:41). Sendo para ela, portanto, que as atenções deveriam se dirigir (Xavier, 1880:34). Se, em 1890, no interior da primeira grande discussão brasileira sobre a questão, a Academia Nacional de Medicina solicitava às autoridades que atentassem para o "desenvolvimento que vai tomando a provocação pública e a imoralidade por parte das meretrizes e dos cáftens e caftinas, na capital federal", reclamando "medidas enérgicas de repressão", era sobretudo devido ao fato de tal provocação ter "como conseqüência a disseminação das moléstias venéreas". Em 1900, através das páginas do *Brazil-Médico*, o médico Henrique de Sá bradava contra o governo por se manter impassível ante as "ignomínias" promovidas nos bordéis cariocas, pois seriam "públicos e notórios os perigos da terrível enfermidade [a sífilis], que é recebida nessas habitações que existem às centenas em nossa cidade e cujo aspecto, principalmente à noite, obriga a mulher virtuosa a baixar os olhos" (Sá, 1900:160-161).

Em 1904, Afrânio Peixoto declarava ao 2º Congresso Médico Latino-Americano que a prostituição "é a sementeira de onde se provê em sífilis e afecções venéreas a humanidade" (Peixoto, 1904:271). Segundo ele, a idéia de que esses males pudessem ter outra origem não prevalecia "porque se 5% de uma estatística de Fournier dão à sífilis uma outra origem que não as relações sexuais, e se em cinco mulheres doentes uma contraiu conjugalmente a enfermidade, a origem teria sido nesses casos todos a prostituição" (Idem). Além disso, dizia, o caso dos meninos infectados por amas doentes, de amas contagiadas por meninos enfermos, os casos de transmissão acidental pelo beijo, pelo toque, por aparelhos, pelo "trato matrimonial", "vêm mediata ou imediatamente da prostituição" (Idem). O paulista Cláudio de Souza endossava plenamente a colocação de Peixoto. Em memória apresentada ao 4º Congresso Médico Latino-Americano sobre a responsabilidade civil e criminal do *sifilítico*, dizia da *sífilis*: "o meio mais habitual de transmissão é a transmissão de indivíduo a indivíduo e a prostituição é o seu elemento mais poderoso" (Souza, 1909:6). Se, conforme diz, "a concepção mais elementar de profilaxia ataca o mal em seu foco e defende os sãos da transmissão do mal", as "vistas sanitárias" deveriam se voltar para a prostituição, pois ela é o "foco principal de transmissão da sífilis" (Idem). Idéia que, quatro anos depois, se reproduz quase literalmente na pena do médico Neves Armond, responsável pelo início da terceira e última grande discussão sobre a profilaxia

pública das *doenças venéreas* empreendida, em 1913, pela Academia Nacional de Medicina. Para ele, as prostitutas públicas seriam as que mais disseminariam o mal e por elas se deveria começar a ação, pois "onde o inimigo está mais aglomerado, mais compacto, é aí que se lhe deve primeiro dar combate com mais probabilidade de o aniquilar. Só depois, se tratará de persegui-lo nos esconderijos" (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 23, 15 de junho de 1913, p.233).

No âmbito da mesma discussão, o sifilógrafo Werneck Machado diz que todos sabem que é da prostituição que proviria "o principal contingente para a propagação da sífilis" (Machado, 1913:21). Em 1916, em memória apresentada ao 1º Congresso Médico Paulista, o professor de medicina-legal da Faculdade de Medicina da Bahia, Rodrigues Dória, encarecia o fato de os bordéis não serem apenas "um ninho de crimes e um chamariz da escória social", mas também "um grande propagador das moléstias venéreas" (Dória, 1916:4). E, no 1º Congresso Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia, Eduardo Rabelo estimava em 90% os casos de doenças venéreas oriundos da prostituição (Rabelo, 1921:134). Em 1921, Renato Kehl instava os ouvintes de sua palestra na Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro, caso quisessem prestar "uma homenagem à Família, à Sociedade e à Pátria", que evitassem os "contatos sexuais impuros", através dos quais a *sífilis* se disseminava (Kehl, 1921:62). E, à mesma época, o Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas do Pará distribuía folhetos educativos impressos, nos quais se dizia que a "sífilis é doença muito grave e muito generalizada, quase sempre adquirida nas relações extra-conjugais, e principalmente com prostitutas públicas ou clandestinas" (*apud* Araújo, 1923:25).[2]

Enfim, até meados do século XX, poucos realmente se preocupam em saber quem, afinal, transmitia tão terríveis doenças às prostitutas. Elas nasciam aí quase por geração espontânea, emanação quase natural do sempre perigoso corpo feminino. De um certo ponto de vista, toda a imensa

---

[2] Em relação ao índice de contaminação das prostitutas, os únicos dados estatísticos mais confiáveis que encontrei foram os apresentados, em 1940, à 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis. De São Paulo, o inspetor técnico do Serviço de Sífilis e Moléstias Venéreas da capital, J. T. Monteiro da Silva, trazia os dados de um pequeno estudo sobre 130 meretrizes que teria sido realizado no "baixo meretrício" pelo médico Ruy de Azevedo Marques. Marques teria constatado a "espantosa taxa de 77% de soropositivos" (Silva, 1941:252). Já Jorge da Cunha, chefe de serviço da Fundação Gaffrée-Guinle, onde trabalhava no Ambulatório de Mulheres Contagiantes, criado em 1938 especialmente para as prostitutas do Mangue, diz que o serviço, em dois anos, teria examinado 3.537 mulheres, das quais 42,5% foram consideradas portadoras da doença. Porém, apenas 6,6% estavam em período contagiante, podendo, portanto, contaminar seus eventuais parceiros (Cunha, 1941:351). Índice muito menos aterrador do que se poderia esperar, mesmo considerando que 19% das mulheres doentes (285) haviam desaparecido e não se podia saber com certeza se estavam ou não em período contagiante.

discussão que girou em torno das doenças venéreas até a década de 40 poderia muito bem ser lida como um capítulo fundamental da intrincada história do delineamento dos **papéis de gênero** em nossas sociedades. Não se pode negar sua evidente confluência com a tão cara representação oitocentista que colocava a mulher como fonte de enormes perigos aos homens incautos. A transformação da mulher no sexo problemático, enigmático e perigoso já foi interpretada por Michel Foucault como um dos momentos fundamentais da implantação de uma nova modalidade de exercício de poder sobre os corpos. Poder médico-disciplinar que, tendo incidido inicialmente sobre as mulheres, as crianças e os sexualmente desviantes, acabaria se estendendo a toda a sociedade (Foucault, 1980). Mais recentemente, o psico-historiador Peter Gay vê o mesmo fenômeno como espécie de sintoma do medo e da ansiedade que percorria o mundo masculino diante da rápida e profunda mudança por que passava o estatuto social e político da mulher.[3] Embora não seja essa a questão a ser abordada nesta obra, não podemos deixar de reconhecer que o perigo feminino, reelaborado a partir da *luta antivenérea*, faz parte de um dos temas prediletos da criação artística e literária desde o século passado (principalmente de sua segunda metade) que, como nenhum outro, segundo Gay, "retratou a mulher como vampira, castradora e assassina de forma tão sistemática e tão desnuda" (Gay, 1988:155). Se a partir de finais do século passado, o excesso sexual ou a sexualidade promíscua não podiam mais ser considerados a causa imediata da *sífilis*, eles não deixavam, entretanto, de ser, enquanto seu principal meio de propagação, uma espécie de causa segunda.

Mas se a *sífilis* continuava a se disseminar principalmente através de "coitos impuros", de "relações ilícitas", "promíscuas", no seio do "infame comércio" da prostituição, como considerá-la uma doença qualquer, moralmente neutra? Ora, ao menos formalmente, a desestigmatização total da *sífilis* somente poderia acontecer de modo pleno caso uma mudança profunda atingisse também a moral sexual como um todo, esvaziando as diferentes expressões da sexualidade de qualquer sentido de imoralidade ou de pecado. Entretanto, os sifilógrafos seriam incapazes, durante todo o período considerado, de apagar **integralmente** a linha demarcatória que separava a sexualidade legítima (exercida dentro do casamento com fins reprodutivos), da sexualidade promíscua (extraconjugal, principalmente com prostitutas), voltada exclusivamente para o prazer. Ao contrário, como bem ressaltou Allan Brandt em seu trabalho sobre a *luta antivenérea* americana, os médicos "destruíram a conspiração do silêncio – aparentemente

[3] Este mesmo argumento é mais extensamente explorado pela historiadora francesa Annelise Maugue em seu *L'identité masculine en crise au tournant du siècle* (1987).

um ato radical – para defender a moral sexual conservadora de sua época" (Brandt, 1985:31). Parece ser verdade que a *luta antivenérea* nos Estados Unidos assumiu feições muito mais "conservadoras" que no Brasil; mas, de todo modo, uma mesma questão parece levantar-se: como os médicos atenderiam ao duplo imperativo de medicalizar a doença sem romper inteiramente com seus padrões morais?

"Sífilis inocente" *versus* "sífilis merecida"

Se bem que contraditório, o primeiro e mais simples artifício lógico utilizado pelos sifilógrafos para aliviar a carga moral da *sífilis* consistiu em questionar o próprio caráter predominantemente sexual da doença. Tal artifício apresenta-se como um complexo jogo de exclusões ou diferenciações sucessivas. Antes de mais nada, no conjunto dos doentes isolam-se os casos de transmissão não sexual (hereditariedade, amamentação, objetos de uso pessoal, ou contato corporal "inocente"). Nesse nível, se a *sífilis* não é doença vergonhosa isso se deve ao fato de não ser em todos os casos de transmissão sexual.

Do ponto de vista dos modos de contaminação, segundo a formulação original de Alfred Fournier, passam a existir então duas *sífilis*: a *sífilis merecida* ou *pravorum* e a *sífilis imerecida* ou *insontium*. Em 1890, em seus discursos à Academia Nacional de Medicina, Silva Araújo lembrava a distinção de Fournier entre a *sífilis merecida* "conseqüência imediata do deboche" e a *sífilis imerecida*, "como é a dos filhos transmitida pelos pais, a das amas de leite e das crianças de peito" (Araújo, 1891:12). Segundo um articulista do *Brazil-Médico*, em conferência realizada na Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro, em 1906, o sifilógrafo Werneck Machado teria salientado não ser a *sífilis* "doença vergonhosa, como o povo geralmente supõe", e em apoio a sua tese, teria citado "fatos muitíssimo interessantes de contágio para mostrar que **nem sempre a infecção é de origem venérea**" (C. de R., 1906:187-188, grifo meu). Anos mais tarde, na Academia Nacional de Medicina, Machado ainda combateria o caráter estigmatizante da *sífilis*, utilizando o mesmo argumento. Justificava a necessidade de uma propaganda "inteligente e cerrada" para "destruir de um modo completo a pecha de vergonha com que ainda é apontada a sífilis", por ela ser "**de fato, a menos venérea das doenças venéreas**" (Machado, 1913:10/11, grifo meu).

Além disso, no amplo conjunto dos casos de *sífilis* adquirida sexualmente, distinguiam-se os que haviam contraído a doença através de relações sexuais "irregulares" ou "ilícitas" (fora ou antes do casamento, geral-

mente com prostitutas), daqueles que haviam sido contaminados através do exercício "legítimo" da conjugalidade, como as "castas esposas infeccionadas por seus maridos" (Araújo, 1891:12).

Foi apontando insistentemente para essa *sífilis imerecida*, para a existência de *vítimas-inocentes*, cujos principais representantes eram as esposas e os filhos, que os médicos procuraram combater o caráter vergonhoso da doença. Desde o século XIX, muitos médicos, como o brasileiro Claudemiro Caldas, afirmavam que a "sífilis não circunscreve ou limita os seus insultos àqueles que, no redemoinhar das orgias, celebram a apoteose da carne" (Caldas, 1866:55). Mas que "é nas virgens puras e inocentes que sonharam no himeneu as doçuras da maternidade, é nas esposas virtuosas que, crentes nos juramentos dados ante as aras sacrossantas, julgavam-se incólumes; é na progênie dessas alianças impuras, ainda que santificadas pela religião, que ela exerce também as suas devastações" (Idem).

Como se vê, em contraposição aos *inocentes*, haveria para Caldas os que não deixavam de ser merecedores do mal que os afligia, como "o sibarita que, colhendo nas saturnais do prazer o **merecido castigo da sua lubricidade**, leva consigo por toda a parte, como foco ambulante de infecção, o germen de lesões cujos efeitos horríveis repercutem-se não só por toda a economia, como ainda transmitem-se por via da geração". Ou ainda, a "nutriz mercenária que, já contaminada pelo mal, transmite pelo seu leite funesto o veneno, em vez do alimento; a dor, a perturbação e a morte, em vez da nutrição, o calor e a vida" (Caldas, 1866:55).

Porém, como dizia, o "mais horrível" era o fato de muitas vezes serem os "próprios pais que transmitem aos seus filhos inocentes **o triste fruto de suas libertinagens**, condenando essas pobres vítimas do prazer, ou a uma morte precoce, ou a uma vida morbosa e incomportável" (Idem).

Mais de meio século depois, em 1918, Rabelo utilizaria o mesmo artifício de Caldas e de inúmeros outros médicos que já haviam se ocupado da questão. Depois de dizer que, apesar dos esforços até então empreendidos, "o conceito da sífilis na sociedade" continuava sendo o de "doença secreta, vergonhosa mesmo", e, até para alguns, "castigo merecido desde os seus primórdios aos que se abandonam às execrações do vício", dificultando as medidas de erradicação e saneamento; acrescentava: "entretanto, se bem atentarmos, suas vítimas inocentes serão em muito maior número, talvez dois terços de todos os casos" (Rabelo, 1921:335). Em 1921, Renato Kehl explicitava o mesmo tipo de raciocínio em palestra aos comerciários cariocas. Segundo dizia "a sífilis, regra geral, é adquirida no seio da prostituição (sífilis merecida; sífilis *pravorum*), nas relações sexuais com mulheres da vida e muito especialmente com as prostitutas clandestinas, que, para disfarçar a sua **ignóbil profissão**, cobrem-se com

o rótulo de ofícios honestos. Muitas vezes são de fato costureiras, artistas, empregadas de lojas que, sem serem profissionais, se entregam **a relações sexuais promíscuas**" (Kehl, 1921:10-11, grifo meu). Além dessa fonte principal, a qual o eugenista se referia por diversas vezes como "coito impuro", haveria as fontes secundárias: "estas são as sífilis denominadas de imerecidas, sífilis dos inocentes, ou *sífilis insontium*", adquiridas, segundo dizia, "honestamente" (Idem). Como se vê, continuava a existir, portanto, uma sífilis "desonesta".

É novamente Rabelo que, de maneira mais articulada, expõe a complexa dialética entre culpa e inocência que os médicos tinham de elaborar em sua contraditória tentativa de retirar da *sífilis* seu caráter punitivo. Atacando a idéia de a erradicação da *sífilis* contribuir para a dissolução dos costumes, por eliminar o medo da punição através do contágio, Rabelo dizia que nem o temor da infecção era empecilho valioso contra a promiscuidade, nem as *doenças venéreas* preencheriam os requisitos de um castigo justo: "Dentre o grande número dos que procuram **relações sexuais ilícitas**, dizia o sifilógrafo, alguns se infectam e outros não e além disso numerosas mulheres e crianças inocentes também são infectadas. O homem que engana uma moça inocente escapa à infecção e, entretanto, a afronta é mais flagrante do que a do que procura uma prostituta e que nela se infecta" (Rabelo, 1922:135, grifo meu).

Assim, se as *doenças venéreas* não podiam ser tidas como justo castigo à imoralidade, isso se devia apenas ao fato de nem sempre provirem de relações imorais, ou serem sua conseqüência necessária. Como se torna evidente a partir das passagens acima citadas, procurando desestigmatizar a doença, ao enfatizar suas *vítimas inocentes*, os médicos não deixavam de exacerbar a reprovação moral ante aos que se entregavam a "relações ilícitas", "promíscuas", ou ao "ignóbil" comércio da prostituição.

"Desejo, necessidade, vontade..."

Além da existência de *vítimas inocentes*, uma complexa e tensa discussão de fundo, relativa ao próprio estatuto da sexualidade, estava presente nesse processo de irresponsabilização do doente. Embora tal discussão tenha tido repercussões muito mais amplas sobre toda a *luta antivenérea*, como se considerará adiante, podemos mesmo dizer que, em seu âmbito, se constitui uma segunda estratégia de desestigmatização do *venéreo*.

Como vimos, se a *sífilis* circunscrevia até meados do século XIX uma responsabilidade individual era, em grande medida, porque se pensava que ela era produzida diretamente pelo excesso sexual, comportamento

condenável, tanto do ponto de vista da **moral**, quanto da **medicina**. Com a afirmação de seu caráter contagioso, abre-se a possibilidade de a transmissão ocorrer através de uma única relação ou no exercício moderado da atividade sexual. Tal fato parece ter contribuído decisivamente para que divergências latentes entre concepções médicas e concepções morais ou religiosas quanto ao próprio estatuto da sexualidade humana tenham podido se explicitar mais claramente a partir de então.

É no contexto da discussão sobre a sexualidade masculina que se coloca de modo agudo uma das questões mais importantes e controvertidas do período. Seria o desejo sexual fruto de uma necessidade fisiológica irreprimível como a fome, a sede ou o sono, cuja não-satisfação desencadearia sérios riscos para o organismo? Ou, ao contrário, seria ele servo da vontade, sendo sua completa supressão inócua ou até mesmo desejável para o fortalecimento do corpo? Como se pode inferir, da resposta dada a este tipo de indagação dependia em larga medida o valor moral a ser atribuído à doença.

Apesar de inúmeras nuances e das transformações ocorridas ao longo do período aqui considerado, meus informantes tendem, de um modo geral, a acreditar que o desejo sexual é uma espécie de **necessidade primária**, opondo-se de maneira mais ou menos radical aos tradicionais dogmas religiosos e morais. Parece ser mesmo possível afirmar que se, em determinado nível, houve historicamente uma certa convergência entre doutrinas médicas e religiosas no sentido de um amplo projeto de dissuasão ou repressão sexual, uma divergência fundamental, entretanto, tornava-se cada vez mais visível ao longo do século XIX, dividindo-as no que dizia respeito ao próprio estatuto da sexualidade.

Para o historiador francês Jean-Pierre Flandrin "há no centro da moral cristã uma desconfiança muito aguda em relação aos prazeres carnais, porque eles mantêm o espírito prisioneiro do corpo, impedindo-o de se elevar a Deus. É necessário comer para viver, mas deve-se evitar a gula. Da mesma maneira somos obrigados a nos unir a outro sexo para gerar filhos, mas não devemos nos prender aos prazeres sexuais. A sexualidade nos foi dada somente para nos reproduzirmos. Utilizá-la para outros fins, como por exemplo para o prazer, é malbaratá-la" (Flandrin, 1985:135). Aparentemente, poder-se-ia usar a mesma frase para definir como os médicos tratavam a sexualidade de seu ponto de vista. Até a comparação com a gula é intensamente utilizada por eles. É comum afirmar-se, por exemplo, que "o libertino é como o gastrônomo de paladar estragado, a quem desagradam, por **saciedade e enfaro**, os mais saborosos acepipes" (Almeida, 1902:117, grifo meu). Porém, ao contrário da moral cristã, a atividade sexual e os prazeres que propiciaria não apareciam, em finais do século XIX, como

um mal em si,[4] tendo mesmo efeitos terapêuticos em muitos casos, principalmente para as mulheres. Grande parte da reflexão sobre a *histeria* girava, como se sabe, em torno dos perigos da completa continência sexual para as mulheres, sendo muito divulgados os malefícios que a insatisfação sexual, a ausência completa do gozo podia produzir no organismo feminino.[5] Como vimos, era apenas o **abuso** do ato sexual que, **em certas circunstâncias**, além de implicar a perda do domínio sobre si mesmo, desencadeava toda uma série de perturbações físico-morais. Tal abuso geralmente se explicava pela transformação do prazer, de atributo secundário, em objetivo primordial do ato sexual, desvirtuando ou comprometendo a sua função reprodutiva.

Porém, mesmo estéril, o exercício normal da função sexual tinha, para grande parte dos médicos, papel importante na manutenção do equilíbrio orgânico. Inicialmente, do organismo masculino; mas também (e a discussão sobre *histeria* deixa isso claro) para o organismo feminino. Por isso, a abstinência sexual, a continência absoluta, depois de atingida a maturidade, podia ser vista como tão danosa quanto o excesso.[6] Em 1902, o brasileiro Pires de Almeida nos dá claro testemunho desta idéia. Depois de apresentar longamente um caso de *ninfomania* de uma mulher solteira e

---

[4] Para uma excelente análise sobre o modo pelo qual o desejo e a atividade sexual tornaram-se um mal em si para os primeiros cristãos, ver Brown, 1990 ou Duarte & Giumbelli, 1995.

[5] O mais interessante trabalho de divulgação sobre os perigos da abstinência para a mulher que encontrei foi o pouco conhecido romance de Aluízio de Azevedo, intitulado *O Homem*. Nele, didaticamente, o autor mostra como, desconhecendo os sábios e pragmáticos conselhos de seu médico, uma romântica e sonhadora senhorita, presa a uma paixão impossível, recusa todos os inumeráveis pretendentes viáveis que se apresentaram para, mergulhando em um delírio histérico, cheio das mais brutais e pornográficas fantasias, ser conduzida ao crime, à loucura e à morte.

[6] Não saberia dizer com segurança se o modo pelo qual, em finais do século XIX, os médicos viam a sexualidade e o prazer representou uma ruptura radical em relação a concepções médicas anteriores, designadas às vezes de "vitorianas", em cujos termos a total continência ou abstinência seria aconselhável. Aliás, atualmente, toda a chamada "moral sexual vitoriana" passa por revisões importantes, como a de Peter Gay (1988). De todo modo, a esse respeito, o pensamento médico da passagem do século parece articular-se à tradição médica antiga que remonta a Hipócrates e a Galeno, cujas concepções sobre as atividades sexuais foram tão elegantemente analisadas por Michel Foucault em seus últimos trabalhos (Foucault, 1984,1985). Ao analisarem tal tradição, Duarte e Giumbelli a caracterizam com termos que, do ponto de vista dos meus dados, aplicar-se-iam igualmente ao pensamento médico da passagem do século. Nesse sentido, dizem: "...quando os médicos valorizam a abstinência e os filósofos insistem sobre a restrição da atividade sexual ao casamento e à finalidade procriadora, não partem da suposição de que o ato sexual seja um mal em si mesmo, estando associado a um pecado original que a castidade permanente venha suprimir ou o matrimônio possa remediar. A atividade sexual é apenas um núcleo de males possíveis contra os quais os indivíduos devem se proteger. A eventual prescrição da abstinência está inserida num regime mais amplo e circunstancial cujo ideal não é a transformação do corpo; pede-se à alma que se corrija para poder conduzir o corpo segundo leis que lhe são intrínsecas. Nem se pretende a supressão do prazer e do desejo sexual; pede-se, na verdade, que se mantenha uma vigilância a fim de que o jogo indissociável entre atos, prazeres e desejos se desenrole segundo uma natureza das próprias atividades sexuais" (Duarte & Giumbelli, 1995:93).

um surto de *satiríase* de um respeitável pároco, conclui que os motivos originários de tais distúrbios eram a continência prolongada a que ambos haviam sido submetidos: "De fato, dizia o médico, contrariar a função de órgãos que se acham na plenitude de sua vitalidade, órgãos que – como todos os outros – oferecem as mais íntimas relações anatômicas e fisiológicas com os centros da inervação, e conseguintemente com a força física, é querer atirar sobre esta um bote tão violento que só miraculosamente escapará aos seus abalos. É mesmo de supor que, **e neste ponto o meu acordo é com todos os escritores que, do assunto, se têm ocupado**; é mesmo de supor que a freqüência da ninfomania relativamente à satiríase seja devido ao culto ao pudor, muito mais sustentado pelas mulheres que pelos homens. Nelas, com efeito, embora a puberdade se apresente mais cedo do que no sexo oposto, a função genital contudo se protrai por algum tempo à espera do matrimônio, ou à espera de que os gritos da natureza sobrepujem os recatos do pudor. Assim, pois, só tardiamente é que, neste sexo, se abrem para o aparelho genital as portas de suas funções. Em todo o caso, quando isso se dá, já o ser psíquico tem sofrido um abalo que lhe pode deixar indeléveis marcas, quer no nervosismo, tão comum às mulheres, quer nas funções mentais, nelas também tão suscetíveis" (Almeida, 1902:461).

Assim, desde o século XIX, muitos médicos advogavam a idéia de que, uma vez atingida a puberdade, os homens (e as mulheres) seriam assolados por uma *necessidade sexual* que não podia (e não devia) ser reprimida. Em 1871, um médico brasileiro contestava os que viam na *sífilis* "um castigo aos debochados e na sua profilaxia um incentivo à libertinagem", afirmando que o medo da doença não é o melhor freio "ao desvio dos costumes morais", pois, sob o ponto de vista do sexo, "o homem, **dominado pela necessidade e cego pela paixão**, é mais estúpido e imprevidente que não o bruto" (Anônimo, 1871:42, grifo meu). Assim, se os homens solteiros, principalmente os jovens, procuravam prostitutas, como escrevia, no *Brazil-Médico*, um anônimo esculápio em 1903, era "antes pelo império de uma necessidade fisiológica, do que pelas exigências imperiosas do vício" (M. P., 1903:446). Tal atitude complacente ante os "deslizes sexuais" transparece mesmo entre os médicos moralmente mais cautelosos. Em folheto educativo, distribuído no início do século por sua Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Cláudio de Souza combatia longamente a idéia de ser a profilaxia pública da *sífilis* indesejável e de ser o indivíduo responsável por seu mal, não lhe devendo a sociedade qualquer tipo de assistência. Além de dizer que a profilaxia pública se impunha por uma questão de caridade e como meio de evitar que a peste se propagasse, dirigindo-se aos homens, acrescentava: "Ela teria a vantagem de, restringindo o campo ao terrível flagelo, poder poupar o organismo de

um seu filho inexperiente, de um seu parente pouco cauteloso, quando não o seu próprio organismo, exposto de repente ao seu contato por uma circunstância impensada de momento" (Souza, 1906b:13).

Alguns, como o sifilógrafo Alfredo Porto, iam muito mais longe, afirmando que, ao procurar uma prostituta, o homem realizava a "satisfação dos seus instintos sexuais, **que é um direito natural**" (Porto, 1913:13). E se acreditava mesmo que, diferentemente da mulher, era a sua "organização nervosa" que determinava uma certa tendência para o "gozo sexual promíscuo" (Dória, 1916:3).

Este tipo de raciocínio abolia claramente a responsabilidade do *sifilítico*, sobretudo dos jovens, mas também dos celibatários em geral, e especialmente de militares e marinheiros, cuja abstinência era de certa forma imposta pelas circunstâncias. Em 1918, por exemplo, criticando o internamento hospitalar obrigatório a que teriam sido submetidos os *venéreos* da Marinha brasileira em meados do século passado, o médico-militar Júlio Porto-Carrero dizia: "Ora, essa medida tem uma série de inconvenientes. Ela é indicada com o intuito de não somente isolar os venéreos, mas ainda de castigá-los, porque no hospital ficam cerceados em sua liberdade e sujeitos a descontos no soldo. Mas castigá-los por que? Por que sem saberem, ignorantes de tudo, **ao cumprirem a função necessária do sexo**, colheram doenças sobre cujos perigos esses mesmos cirurgiões os não avisaram, nem premuniram? É de certo grande injustiça. Além disso, uma vez que só deveriam ter alta quando curados, sempre quiséramos saber como se tornavam curados em 1855 os sifilíticos (...) A medida era injusta e inexequível. Ela traz um pouco o ranço da época, tempo de certa prepotência, em que nas classes inferiores de nossa sociedade ainda havia os escravos, de quem não raro descendiam os marinheiros: **traz a eiva daqueles tempos em que a doença venérea era como um castigo dos prazeres sexuais, por mais moderados e naturais que fossem estes**" (Porto-Carrero, 1921:40, grifos meus).

Em 1922, através da pena de Eduardo Rabelo, são os jovens estudantes de medicina que vinham testemunhar os poderes do sexo. Rabelo apoiava-se em um argumento já então tradicional para criticar os que viam no temor das *doenças venéreas* um freio ao *vício* e, portanto, em sua erradicação um dano moral maior que o dano físico que produziam. "A ação do temor da infecção, dizia o sifilógrafo, não parece ter importância transcendente, e a experiência prova que ele por si só é fraco recurso diante dos **reclamos às vezes imperiosos da sexualidade**. As principais vítimas das doenças venéreas são sabidamente os moços; e para o bem, como para o mal, um dos característicos da mocidade foi sempre o destemor, a audácia, a intrepidez. Todos nós médicos temos disso prova quando rece-

bemos em consulta um novo infectado que nos garante nunca mais correr o risco do contágio e que daí a tempo nos aparece, mau grado a experiência que já teve, com uma outra infecção venérea. Sob esse ponto de vista, **nem sempre o melhor conhecimento do perigo pode sobrepor-se às imposições do instinto**, e os estudantes de medicina, por exemplo, quando já conhecem esses perigos não são mais moralizados do que quaisquer outros" (Rabelo, 1922:135).

Porém, o discurso médico a respeito da abstinência sexual (sua exeqüibilidade e necessidade) não é nem unânime, nem coerente, e embora não se trate nesta obra de submeter à analise a opinião dos pioneiros da sexologia sobre o assunto, lembro que, em seu livro *A questão sexual*, de 1905, um dos mais importantes teóricos da sexualidade da passagem do século, o professor de psiquiatria de Zurique, Augusto Forel, revelava as dúvidas que então cercavam a questão da continência. Sobre ela diz: "As opiniões sobre os efeitos da continência sexual diferem muito. Todas as asserções extremas, neste sentido, são errôneas. É certo que em muitos círculos exageram de modo grotesco os efeitos nocivos da continência. As pessoas normais de ambos os sexos podem ser continentes, **é verdade que com algum custo**". Custo que enfim não parecia ser muito pequeno uma vez que, complementando, Forel dizia que "certos psicopatas e hiperestasiados sexuais caem freqüentemente num tal estado de excitação mental e nervosa, devido à continência forçada, que o seu nervosismo se exagera e pode levá-los até à alienação. Vi isto em muitos homens e mulheres" (Forel, 1957[1905]:506).[7]

Apesar da insistência de certos médicos em tratarem o desejo sexual (masculino, sobretudo) enquanto uma necessidade fisiológica, uma mudança importante de ênfase no que dizia respeito à sexualidade dos jovens parece ocorrer ao longo das primeiras décadas do século XX. Passa-se então a defender cada vez mais freqüentemente a abstinência sexual durante a puberdade, **até o casamento** (note-se bem), como prática saudável. Em 1922, em editorial dedicado à educação sexual, a *Folha Médica* achava

[7] O livro *A questão sexual*, de Forel, foi publicado pela primeira vez no Brasil durante os anos 20 pela Companhia Editora Nacional, e, posteriormente, passaria a compor a Biblioteca de Educação Sexual, da Editora Civilização Brasileira. Em 1957, estava já na 10ª edição. O prefácio do médico-legista de São Paulo, Flamínio Fávero, na segunda edição, de 1928 (os três mil exemplares da primeira, segundo ele, haviam se esgotado em pouco mais de dois meses), é ainda revelador do dilema de certos médicos, dilacerados entre uma concepção naturalista da sexualidade, como a de Forel, e os preceitos cristãos. Agradecendo o "gesto piedoso dos editores", que, ao convidarem-no a prefaciar um livro de Forel, traziam seu nome para "estas alturas estonteantes", Fávero confessava, entretanto, que: "...oponho algumas restrições a certas idéias do trabalho, com as quais, naturalmente, não concordo, crendo, como creio, na divina inspiração das Sagradas Escrituras...(in Forel, 1957[1905]:X).

necessário ocupar-se do assunto, dizendo que "...cumpre destruir o preconceito espalhado pelos charlatães de que a continência prolongada **até o casamento** causa danos à saúde. A secreção interna das glândulas sexuais, que é tão importante para o desenvolvimento do organismo, continua a se fazer de qualquer maneira. A secreção das células reprodutoras, idem: na mulher pelo mecanismo tão conhecido e, no homem, pelas perdas noturnas, que a fisiologia moderna considera inteiramente normais quando não são demasiado repetidas. Quanto à repercussão nociva no espírito que possa ter a abstinência dos atos sexuais, está provado que ela é inteiramente nula. O instinto sexual, assim o afirma a biologia contemporânea, não tem no homem a sua única fórmula de expressão naqueles atos. Ele é a fonte poderosa de uma energia que pode transmutar-se no indivíduo e ir excitar-lhe o vigor físico e mental criando novos afetos e novas tendências... É sob este aspecto de estímulo viril que a continência **até o casamento** deve ser aconselhada, e não imposta como sacrifício" (*Folha Médica*, ano III, nº 24, de 15/12/1922, p.278, grifo meu).

De todo modo, como se vê, a abstinência do jovem só não era nociva porque havia as "válvulas de escape" naturais (as poluções noturnas). É interessante perceber como, em seu *A questão sexual*, Forel trata da possibilidade da continência dos jovens com certo tom de concessão: "A continência não é impraticável para um rapaz assíduo ao trabalho intelectual e físico, que se abstenha de toda excitação (...) Quando a madureza sexual se completa, o que às vezes se dá aos vinte anos, a continência em geral se facilita graças às poluções noturnas, acompanhadas de sonhos correspondentes. A saúde nada sofre. Todavia, prolongando-se, este estado não pode ser tido como natural..." (Forel, 1957[1905]:91). E é ainda bastante interessante que Freud tenha sido invocado, implícita ou explicitamente, na defesa da abstinência. Alguns médicos se fixavam nos mecanismos de *sublimação*, através dos quais a *energia sexual* podia ser transformada e não acumular.

Embora mais comum a partir dos 1920, a defesa da inocuidade (do ponto de vista da saúde) da abstinência sexual, antes ou fora do casamento, jamais será uma unanimidade no meio médico brasileiro. Um dos mais ativos sexólogos brasileiros dos anos 30, o médico carioca José de Albuquerque, atacava frontalmente a idéia de ser a abstinência sexual fora do casamento a melhor arma contra as *doenças venéreas*. Segundo dizia, a abstinência sexual é um "regime antinatural", pois a "função sexual" como qualquer outra deve ser "realizada dentro dos ditames da biologia" e o equilíbrio do organismo advém do "exercício normal de todos os órgãos" (Albuquerque, 1943:33/34). Para ele: "A abstinência não é caminho que leve ninguém à perfeição, mas, ao contrário, à ruína e à desgraça, pois cria

para o organismo um regime funcional diferente daquele que lhe deveria corresponder: inverte por completo a ordem dos reflexos que devem presidir a ejaculação, pois esta só se verificando em conseqüência das poluções, isto é, passivamente, sem interferência direta e voluntária do indivíduo, quando este, em período posterior, pretende iniciar sua vida sexual o que constata é um completo descontrole da função, que não se processará segundo as condições próprias que se observam nos indivíduos normais, criando assim uma situação de verdadeiro martírio para si e para a mulher a quem se liga devido ao taquispermismo, isto é, à ejaculação precoce, que nele ocorrerá todas as vezes que tentar realizar o ato sexual" (Idem).

Para Albuquerque, a abstinência sexual fora do casamento acarretaria uma "subversão de valores", pois prescrever-se ao "indivíduo são e normal" realizar o ato sexual apenas dentro do regime conjugal implicaria, segundo dizia, a subordinação da biologia à sociologia, quando "o contrário, isto é, a subordinação desta a aquela é que seria lógico e razoável": "O casamento está na dependência de fatores econômicos de modo que, subordinar o início da vida sexual ao casamento, seria subordinar as leis biológicas aos problemas econômicos. Ora, enquanto as leis biológicas são constantes para os indivíduos de uma mesma espécie, afastando-se delas apenas os casos patológicos, os problemas econômicos se apresentam de variabilidade extrema de indivíduo para indivíduo" (Idem).

Como veremos, essas divergências no meio médico em torno da abstinência sexual terão impacto decisivo na escolha das medidas a serem adotadas na luta *antivenérea*. Além disso, contribuirão em larga medida para que, apesar do esforço explícito dos médicos na desestigmatização do mal, o *venéreo* continuasse a ter um estatuto ambíguo no que respeitava a sua responsabilidade sobre a doença. Entretanto, devemos reconhecer que, ao menos no Brasil, de um ponto de vista global, o problema central para os médicos parece ter sido a quantidade ou a freqüência e não a natureza em si dos atos sexuais. Também aqui, para eles, não se tratava de lei mas de norma, de nível, de grau. O prazer moderado, adestrado, adstrito à função que lhe era referente, nada tinha de imoral. Era uma recompensa, uma conseqüência direta da satisfação da função. A condenação higiênica atingia apenas as relações sexuais desordenadas e desnaturadas.[8]

[8] Em sua primeira *História da sexualidade*, Foucault já apontava para o fato de, ao longo do século XIX, a sexualidade do casal ter recebido muito menos atenção por parte dos médicos, alterando-se com isso a ênfase que, na área da sexualidade, havia sido mantida até então no nível do direito canônico, da pastoral cristã e da lei civil. Se, como diz, "o casal legítimo, com sua sexualidade regular, tem direito à maior discrição" (Foucault, 1980:39), isso talvez se deva também ao fato de, para os médicos, não ser o prazer sexual, em si, fonte de perturbações e de perigos.

Obviamente, tal concepção naturalista da sexualidade se chocava frontalmente com uma visão do prazer sexual como pecaminoso em si e cuja eliminação total era aconselhável aos que buscavam a salvação da alma. E, o que realmente interessa aqui, circunscrevia uma atitude que, de um modo geral, tendia a ser muito mais tolerante ante as *doenças venéreas*. Ora, se consideramos o sexo, como fazia a maioria dos médicos do período, uma necessidade fisiológica (principalmente para os homens), as *doenças venéreas* podiam ser encaradas como um acidente possível no curso de uma atividade fisiologicamente normal e, portanto, moralmente legítima. Se, ao contrário, o consideramos como um prazer dispensável, perigoso e pecaminoso, algo que poderia e deveria ser contido ou evitado, as *doenças venéreas* podem assumir o papel de um castigo merecido.

Porém, do ponto de vista da desestigmatização da doença, esta segunda estratégia, além de dividir os médicos, deixava ainda um resíduo importante, pois os homens casados permaneciam obviamente fora desse quadro compreensivo. Em tese, eles tinham meios de legitimamente atender a sua demanda sexual. E os médicos não escondiam a repulsa que sentiam diante de tais casos. Em 1906, ao explanar sobre as terríveis conseqüências da *sífilis*, Cláudio de Souza expunha claramente, com toda sua verve literária, o juízo de responsabilidade diferencial que recaía sobre a mulher casada e o marido com o qual se infectara: "A cada um de vós parecerá por certo que está dita a última palavra sobre a terrível infecção. Não basta, porém; há ainda uma vítima inocente, cujo nome não figurou na lista dos sentenciados: é a mulher que se casa com o sifilítico. A ingênua virgem que sai da casa paterna, na emoção dulcíssima do seu noivado, o coração alacrizado pela mais suave esperança, branca e imaculada sob o véu simbólico, engrinaldada com os botões de flor de laranjeira, ainda fechados, como símbolos do seu pudor e da sua ingenuidade e entrega-se descuidada e crente a um coração que supõe amigo **e é traidor**. Não pensará por certo, ao entrar na sua câmara nupcial, onde em ronda bailam os seus sonhos de moça ao calmo luar de amor tão terno, que sob o leito que a espera está o flagelo oculto para a vitimar. E quantas vezes, logo nos primeiros meses de consórcio, ela tem que fazer a **perambulação vexatória** do consultório do especialista, com a sua pele moça tatuada de chagas e o seu amor pelo **marido desleal**, enviuvando em roxas equimoses pelo corpo?" (Souza, 1906a:19, grifos meus).

Para Souza, seria necessário uma verdadeira "repressão moral" através da educação e da propaganda, no sentido de mostrar "o que há de **abominável** no **desvio afetivo** de quem, sacrificando o seu próprio organismo, não trepida em sacrificar os entes que merecem a maior parte de seu carinho" (Idem, 20). Para ele, a mulher que se casou com um *sifilítico* "foi

apanhada de emboscada, traiçoeira e infamemente" (Souza, 1906b:12). À mesma época, em uma tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, perguntava-se: "Quantas recém-casadas transformadas em verdadeiros monstros, desfiguradas pelo fato de a sífilis de um **marido sem escrúpulo, sem os princípios mais comesinhos da honra e da caridade**?" (Rocha, 1906:16, grifo meu). Conforme se percebe ainda através da mesma tese, repulsa igual experimentavam os médicos diante dos *sifilíticos* que, contrariando seus conselhos, casavam-se "...são indivíduos sem coração, sem cultura moral, cedendo ao impulso de suas paixões, surdos à voz da consciência, fazem do casamento, esse molde onde se devem unir dois corações sinceros, uma profissão hedionda. A sociedade deve repeli-los ou viverá em completa vergonha, consentirá na imoralidade, entronizará o cinismo, a infâmia, e procurará sua própria ruína" (Rocha, 1906:27).

Segundo o médico pernambucano Oscar Coutinho, doentes que se casavam não cometiam apenas uma má ação, mas sim um crime, um "verdadeiro assassinato moral e físico" (Coutinho, 1909).

O excesso sexual, entre a tradição e a modernidade

Dizer que a maior parte dos médicos reconhecia o sexo enquanto uma necessidade fisiológica não quer dizer absolutamente que eles tenham se privado de continuar a refletir sobre os fatores que podiam fazer com que tal necessidade transbordasse no sentido do excesso, potencializando as possibilidades de contágio.

Já vimos que o *clima* e a *raça* eram às vezes chamados a explicar o excesso sexual. Muitas vezes tais fatores biofísicos se manifestavam na forma de uma patologia. E a questão sobre ser o excesso sexual uma doença mental ou simplesmente um comportamento moralmente repreensível motivará durante muito tempo a reflexão de psiquiatras e sexólogos. No início do século XX, Pires de Almeida já advogava a necessidade, nesses casos, de distinguir entre a moléstia (orgânica ou psíquica), muitas vezes oriunda da prolongada abstinência, e aquela "lubricidade que caracteriza a libertinagem", que, para ele, seria "em geral um efeito do meio, um vício consectário aos maus exemplos, um desregramento que não encontrou na educação um pára-freio; é por assim dizer um produto do hábito em que está o indivíduo de a todo o momento ser testemunha curiosa de cenas ofensivas à moral" (Almeida, 1902:442).

No que dizia respeito exclusivamente à prostituição, os médicos brasileiros não desconheciam a importante literatura que, desde a passagem do século, atribuía a ela causas hereditárias e orgânicas, da qual a

obra mais representativa foi sem dúvida a *Mulher criminosa*, de César Lombroso. Convém, entretanto, ressaltar que, em todo o material brasileiro coletado sobre a prostituição em suas relações com as *doenças venéreas*, as práticas prostitucionais são explicadas sobretudo a partir de causas sociais ou econômicas.

Ao discorrer sobre o assunto, por exemplo, Afrânio Peixoto não deixava de reconhecer a existência de "uns tipos aberrantes da norma da espécie, degeneradas que nascem para o alcoice"; nem, tampouco, de "apetites depravados e incontinentes de luxo que não sabem prover honestamente o seu fausto, e vendem o corpo para vesti-lo e adereçá-lo". Mas, segundo diz, estes casos, em que a prostituição surgia como resultado, ou de uma livre escolha, ou de um estrito biodeterminismo, seriam exceções "na inumerável vastidão dos casos comuns – feitos das más condições econômicas das sociedades". Assim, "estas infelizes não são as criminosas, as viciadas remissas que se comprazem na infâmia" (Peixoto, 1904:271). Para ele, as *enfermidades venéreas* não poderiam, portanto, ser consideradas castigo para a prostituição.

Para os muitos médicos, e de modo cada vez mais freqüente conforme entramos no século XX, a conduta imoral dos indivíduos (homens e mulheres) espelhava sobretudo a imoralidade do meio social em que estão inseridos. Era o meio social que podia converter a "necessidade natural" do sexo em hábito vicioso, egoísta. Ou incentivar, apressando, o que poderia aguardar, sem grande prejuízo fisiológico, mais alguns anos para se realizar. E, se a *sífilis* foi considerada uma *doença social*, isso não se deveu somente ao fato de interessar à *espécie* e à *raça*, mas também, como pensavam os sifilógrafos, por necessitar de um meio social particularmente anômico, imoral ou decadente para se desenvolver plenamente. E a crítica social que se estruturava a partir da *sífilis* tinha às vezes como alvo a "tradição", outras vezes, a "modernidade".

Era em alguns aspectos da "modernidade" que muitos sifilógrafos identificavam os principais fatores que, incitando o desejo sexual, agravavam o mal. "Modernidade" que, ao longo de quase um século, terá obviamente múltiplos sentidos. Tomemos tais significados, segundo os temas mais gerais que evocavam.

Antes de mais nada, alguns médicos da passagem do século falavam de uma "crise moral", para alguns religiosa, que, atingindo igualmente homens e mulheres, desenvolvia-se, nas grandes metrópoles, com a *civilização* e o *progresso*. Como acertadamente aponta Brandt, referindo-se ao contexto norte-americano: "o medo das doenças sexualmente transmissíveis ligou-se fortemente às crescentes ansiedades que tinham por objeto a metrópole e as massas urbanas" (Brandt, 1985:22). Em finais do século XIX,

para o médico-legista Costa Ferraz, tal crise consistia basicamente no fato de se "deixar germinar a perigosa convicção de que tudo se completa neste mundo", fazendo com que a "humanidade" tivesse como certo "o destino de completar só na terra a sua felicidade! Gozar, e só gozar, porque, além da vida, a escuridão e o nada" (Ferraz, 1890:22). Para o médico, se a *impudicícia* foi "a mais perniciosa moeda que o paganismo legou ao mundo cristão, acarretando a sífilis e as doenças venéreas", certos aspectos do *progresso* da passagem do século não faziam senão aumentar este legado (Idem). Pois, como era comum se afirmar à época, a "civilização não se desenvolve, infelizmente, sem um grande cortejo de vícios. Um deles é inquestionavelmente a libertinagem, que acompanha *pari passu* o progresso social" (Almeida, 1902:38). Para o sifilógrafo Werneck Machado, como a *tuberculose*, a *infecção sifilítica* "amava" a *civilização* (Machado, 1913:5).

Era ainda a mesma "crise moral" que, já no início do século XX, certo médico via sob "a vergonhosa e exagerada exibição da nudez nos teatros e em outros lugares, sob pretexto de símbolos de toda a espécie (...) Muitas e muitas são as infelizes que encontraram e encontram, ou na grande loja, ou no teatro o início de sua perdição, por não terem coragem de resistir contra a miséria" (Anônimo, 1903c:9-10).

Em 1906, Cláudio de Souza apontava as causas de corrupção moral – crescimento do número de atentados ao pudor, depravação do gosto intelectual etc. – que via no seu entorno, sobretudo no teatro com suas "danças obscenas, sublinhadas da baixa vergonha de lúbricos olhares": "Quem freqüentar os nossos chamados teatros", dizia ele, "há de notar o nosso embrutecimento moral" (Souza, 1906a:4-5). Assim, além do *materialismo* e do *hedonismo*, ao séquito da civilização vinha se juntar ainda o crescente *individualismo*, responsável, aos olhos de muitos médicos, pelo fato de um indivíduo sacrificar toda uma geração em nome de um prazer de momento. Se, como dizia o desembargador Magalhães Costa em seu "Estudo jurídico sobre a prostituição e sobre os meios legais de combate às doenças venéreas", desde a Antiguidade a prostituição esteve "sempre amparada pelo amor ostentoso ou latente do homem pela sua individualidade passional, egoísta ou vaidosa", com o passar dos séculos a prostituição teria continuado "em progressão espantosa *pari passu* do individualismo exclusivo da carne sensual" (Costa, 1922:214).

Este tipo de crítica social moralizante acompanhará sempre a luta contra as *doenças venéreas* que, até a década de 1940, tem como dimensão fundamental a repressão à pornografia, à "baixa literatura", e, ainda, a censura ao cinema, ao teatro, à imprensa etc. Como veremos, o interesse na moralização será sempre um ponto de contato possível entre os sifilógrafos e setores sociais mais conservadores da sociedade brasileira,

como a Igreja Católica. De todo modo, do ponto de vista da história da *luta antivenérea* no país, é importante que se diga que médicos e religiosos se colocaram mais freqüentemente em posições divergentes, pelo menos até os anos 30.

Mais que uma crítica relativa à moralidade, os médicos desenvolvem sobretudo uma crítica propriamente social, que ia de considerações bastante amplas em torno da miséria, do capitalismo e das condições de trabalho da mão-de-obra feminina, até críticas bem concretas à carência de leis e regulamentos adequados, à educação insuficiente e à inexistência ou precariedade dos serviços públicos *antivenéreos*. Permanecendo ainda no nível mais geral de seu discurso, eram principalmente os problemas econômicos que impulsionavam a progressão contínua da *sífilis*.

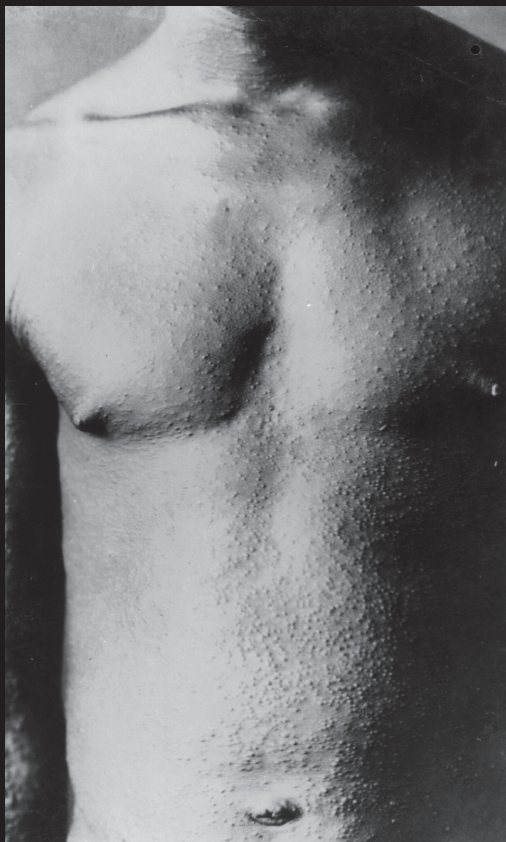
Embora mais raramente, tais problemas eram chamados a explicar o próprio comportamento sexual masculino, como já se viu. Segundo os médicos, por razões econômicas, muitos homens se viam impedidos de atender "honestamente" sua demanda sexual, sendo por isso "obrigados" a recorrer às prostitutas. Como dizia Afrânio Peixoto em 1904, "em toda a parte, na época em que o instinto sexual irrompe nas suas mais violentas exigências, o homem mal apercebido dos meios econômicos de procurar o amor legítimo, que a vida das sociedades cada vez faz mais caro, procura esse derivativo, o amor a retalho, o amor efêmero, o amor barato, embora, por isso mesmo, inferior, sofisticado, corrompido. (...) A lei da oferta e da procura se realiza aqui uma vez mais, com uma precisão que só o platonismo cego não quererá ver: apetite sexual que procura a retalho o que não pode adquirir em grosso e definitivamente, necessidade de viver que oferece, fracionado e intermitente, o amor que deveriam dar a um e para sempre." (Peixoto, 1904:271).

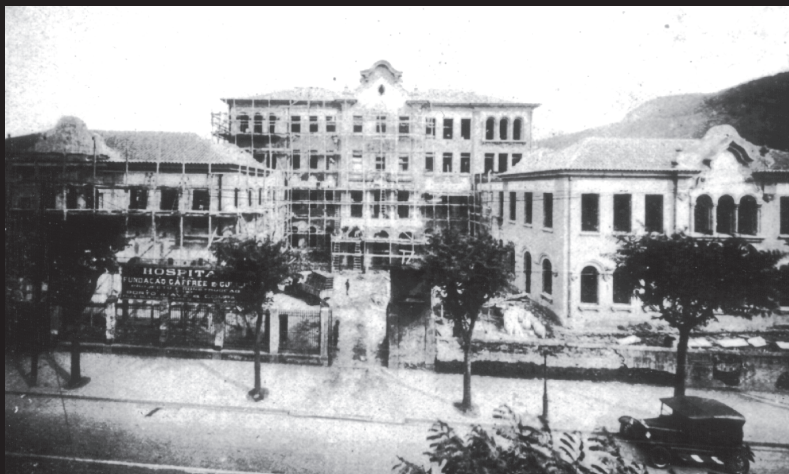
Porém, era sobretudo para explicar a prostituição que as razões econômicas intervinham no discurso médico. Se, em alguns contextos nacionais, as prostitutas foram diretamente culpabilizadas pelo difusão das *doenças venéreas*, tendo sido, em países como os Estados Unidos, perseguidas pelas leis e encarceradas em prisões, de um modo geral, médicos e sifilógrafos brasileiros tratavam de "compreender" o comércio secular entre os homens e as prostitutas a partir de suas causas. Como dizia o brasileiro Neves Armond, as prostitutas eram as "vítimas-algozes" por excelência da *sífilis*, pois raramente escolhiam livremente entregar-se a seu "infame comércio". Para Costa Ferraz, o problema da prostituição e, conseqüentemente, das *doenças venéreas* era fruto de uma crise que se caracterizava principalmente por seus aspectos sociais e econômicos: marginalização da mulher no mercado de trabalho, pobreza urbana crescente, ignorância das mulheres pobres. Como resultado, o aumento ine-

vitável do número de prostitutas e das doenças que espalhavam. Em 1903, comentando as conclusões a que chegara o Congresso Internacional sobre Prostituição e Tráfico de Brancas, realizado em Paris em 1902, um articulista anônimo do *Brazil-Médico* dizia que além do caftinismo, na origem da prostituição, estava a própria situação da mulher no "mundo moderno": "É a promiscuidade na loja e na oficina, a cançoneta e o jornal pornográfico e muito principalmente os vencimentos mesquinhos pagos à infeliz operária. Poucas são as que podem conservar os seus sentimentos castos e puros, não preferindo um luxo relativo aos rigores da pobreza e da miséria" (Anônimo, 1903c:9-10).

Também para Afrânio Peixoto, as causas da prostituição (ao menos na passagem do século) eram devidas à nova posição feminina no mundo do trabalho: "A miséria social, em que a luta pela vida se exerce, obrigou a intervenção desse quarto estado – a mulher – na concorrência do trabalho, em que seguramente, pela resistência inferior, pela deficiência de aptidão atual, pelos encargos imediatos da procriação, há de fatalmente ceder o passo a seu companheiro. Se esse esforço pela individuação econômica houver de um dia produzir sua liberdade política e a moralidade intersexual, no momento, uma subalternidade por toda a parte verificável coloca-a quase na contingência de não poder ganhar a vida só com seu labor honesto: a prostituição é o recurso suplementar dessas desgraçadas, e, por desleixo, por hábito, por vício, consecutivamente, ou, então principalmente, pela impossibilidade de reabilitação, o meio de vida inteiro de inúmeras delas. Entregues pela primeira vez por amor, por credulidade à sedução ou por curiosidade inexperta, entregam-se, em seguida, por dinheiro ou por outros meios de vida, por solicitação do estômago" (Peixoto, 1904:271).

Já em 1922, ao analisar a prostituição da cidade de Belém, Hilário Gurjão, então diretor do Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas do Pará, era taxativo ao afirmar que: "O número crescente de mulheres que fazem o meretrício em Belém tem como causa a situação faminta que à Amazônia trouxe o desequilíbrio de sua principal fonte de produção – a borracha, e as conseqüências da última Guerra Mundial" (Gurjão, 1922:232).

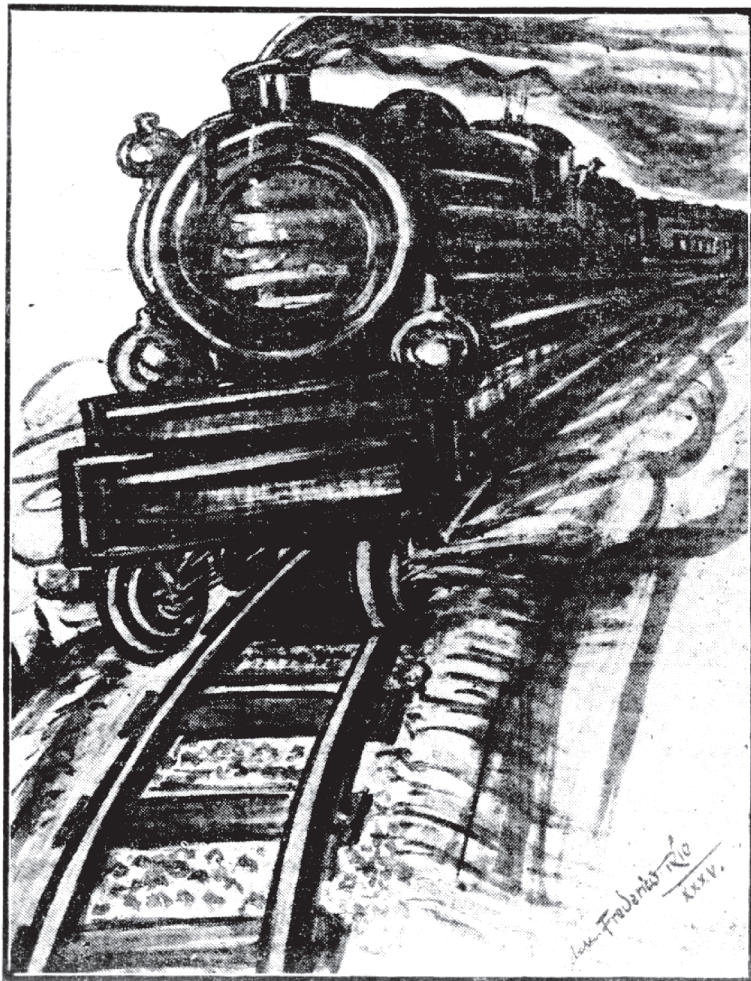
Resta dizer ainda que, circularmente, se a *sífilis* emergia de uma crise social e moral, ela também a acentuava. Já vimos que a doença tinha o poder de gerar a imoralidade. Tanto a *sífilis nervosa* quanto a *heredo-sífilis* podiam comprometer o "senso moral" dos indivíduos, produzindo perversos e criminosos. Além disso, os médicos insistiam com freqüência no fato de a *sífilis* desorganizar a família, quer fosse através da miséria que a inutilização de seus membros provocava, quer fosse pelas desaven-

A *sífilis* se manifestava igualmente em homens e mulheres. Vemos aqui suas manifestações mais características: as *roséolas sifilíticas*, que apareciam na chamada *fase secundária* da doença.

(FONTE: Arquivo Iconográfico da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Fachada principal do hospital da Fundação Gafrée-Guinle. Construído ao longo da década de 20 no Rio de Janeiro, o enorme hospital destinava-se exclusivamente ao tratamento das *doenças venéreas*, principalmente da *sífilis*.

(FONTE: Araújo, 1927)

Ao lado, a sede da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Rio de Janeiro. Como se pode notar, nos anos 20 a simbiose entre a instituição federal e a Fundação Gafrée-Guinle era tão grande que a Inspetoria funcionava em prédio da Fundação, conforme se lê no alto da fachada do edifício...

(FONTE: Araújo, 1927)

Controle do instincto sexual

Pretender impôr ao instincto sexual, prescripções que contrariem suas naturaes manifestações, é tão improficua tarefa, quanto assentar trilhos de bitola estreita, para sobre elles fazer transitar uma locomotiva de bitola larga.

Nesta ilustração do *Boletim de Educação Sexual*, a síntese de um dos princípios que organizavam as diferentes opções em jogo, quando se tratava de definir a melhor estratégia no combate aos *males venéreos*: a natureza do *instinto sexual*. Como se vê, para muitos ele deveria ser considerado força irreprimível...

(FONTE: *Boletim de Educação Sexual*, fevereiro de 1938)

A foto acima retrata o interior do Asilo das Madalenas e um grupo de internas. O asilo ficava em Belém e no início dos anos 20 destinava-se exclusivamente ao tratamento compulsório das prostitutas contaminadas.

(FONTE: Araújo, 1927)

Visita das autoridades do Estado do Pará ao Asilo das Madalenas (note-se que são todos homens). Ao centro, o governador. À sua direita, apoiado no corrimão da escada, o sanitarista Heráclides César de Souza Araújo.

(FONTE: Arquivo Iconográfico da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

575

SERVIÇO
MEDICO-LEGAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO

CHEFATURA DE POLICIA

PARA'--BRAZIL

1

CARTEIRA DE IDENTIDADE

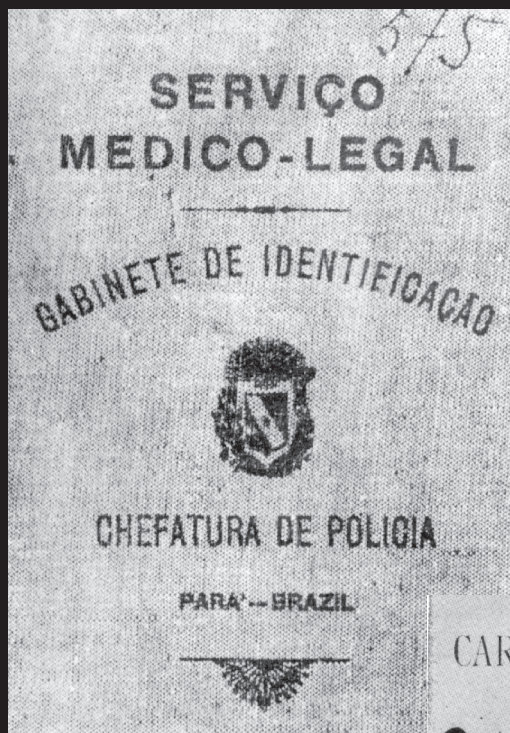
DE

Mariana Pereira
de Oliveira

SERVIÇO MEDICO-POLICIAL DAS MERETRIZES

PROPHYLAXIA DAS DOENÇAS VENEREAS
E FISCALISAÇÃO DA PROSTITUIÇÃO

Promptuario especial n.º 637
Registo Civil n.º 17.567
No Registo Criminal — tem
entrada.

[illegible], 141, A.

Capa e frontispício da carteira de identidade de meretriz de Mariana Pereira de Oliveira, expedida pelo Serviço Médico-Policial das Meretrizes do Estado do Pará. O sistema implantado no Pará pelo sanitarista Heráclides César de Souza Araújo no início dos anos 20 causaria polêmica no Rio de Janeiro.

(FONTE: Araújo, 1927)

2

SERVIÇO MEDICO-LEGAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO PARÁ

Certifico que a presente Carteira pertence a

Nome Mariana Per.a de Oliveira

Filiação Feliciano Pereira de Oliveira

Nacionalidade Brasil

Naturalidade Maranhão

Data do nascimento 6 de Outubro 1893

Estado civil Solteira

Instrucção Baixa

Estatura 1m 63, calçada

Marcas e signaes particulares visiveis na vida ordinaria:

Rosto

Mão direita

Mão esquerda

NOTAS CHROMATICAS:

Côr da pelle Branca Particularidades

Cabellos Cast. escuro

Olhos Cast. escuros.

3

INDIVIDUAL DACTILOSCOPICA

SYSTEMA VUCETICH

Serie V-3333

Secção V-3242

Só é valido o retrato que levar o sinete do Gabinete.

PHOTOGRAPHIA TIRADA

Em 6 de Outubro de 1921.

ASSIGNATURA DA IDENTIFICADA:

Mariana Pereira de Oliveira

A presente Carteira só terá valor dentro de um anno a contar da data de sua expedição, findo o qual deverá ser apresentada ao Gabinete para substituição.

POLEGAR DIREITO

9

Belem (Pará) em 7 de Outubro de 1921

DIRECTOR DO GABINETE

Caderneta de meretriz de Mariana Pereira de Oliveira, expedida em outubro de 1921 pelo Serviço Médico-Policial das Meretrizes do Estado do Pará. Nestas folhas, a identificação pormenorizada de Mariana.

(Fonte: Araújo, 1927)

4

SERVIÇO HYGIENICO-POLICIAL

DAS MERETRIZES

1 — A presente caderneta deverá ser exhibida ás auctoridades policiaes ou sanitarias em inspecção ás casas de mulheres, sempre que estas assim o exigirem.

2 — Deverá a portadora communicar á Policia, para ser archivado no Promptuario a cargo do Gabinete de Identificação, a mudança de residencia.

3 — Todas as meretrizes são obrigadas a um exame medico semanal no dispensario anti-syphilitico, do Serviço de Prophylaxia Rural, obrigando-se a tratamento, em caso de affecções que offereçam perigo de contagio.

4 — Toda a meretriz inscripta no dispensario que fôr denunciada como fonte de uma infecção syphilitica ou venerea por qualquer individuo, será punida com a multa comminada na Lei, assim como quando não cumprir as notas ns. 1, 2 e 3.

5

ESTADO HYGIENICO DA EXAMINADA

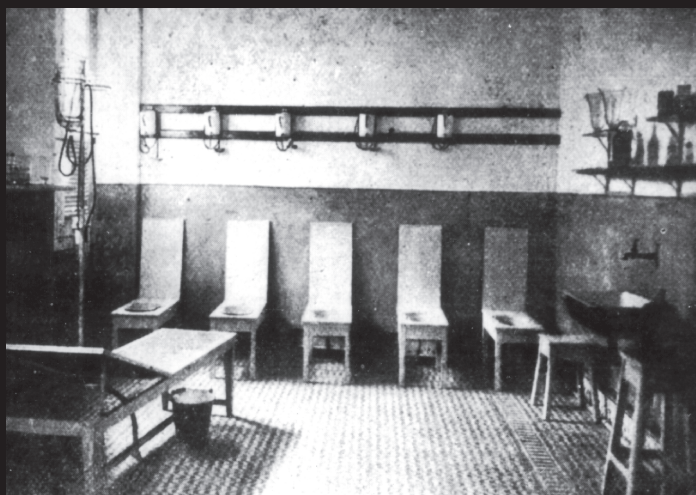
CONSTATAÇÕES DO MEDICO

EXAME	RESULTADO
	Em ... de ... de 192 Medico
	Em ... de ... de 192 Medico
	Em ... de ... de 192 Medico
	Em ... de ... de 192 Medico

Caderneta de meretriz de Mariana Pereira de Oliveira. À esquerda, as folhas da caderneta onde se lêem os principais regulamentos a que as prostitutas de Belém foram submetidas. À direita, as quadrículas em que os médicos relatavam os exames que haviam sido feitos e seus resultados. Inscritas pelos médicos nas cadernetas, as expressões *boa*, *interdita* ou *suspeita* deveriam orientar os homens na escolha das *mulheres públicas* com quem mantinham relações sexuais.

(Fonte: Araújo, 1927)

Ao longo da sua existência (1921-1934), a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas espalharia pelo país dispensários antivenéreos, onde era feita a cura profilática. Na foto de cima, sentado em uma cadeira especial, vê-se um homem. Ao seu redor, um grupo de especialistas de Belém simula um exame. Na foto de baixo, vê-se uma sala especialmente destinada ao tratamento de blenorrágicos em "um dispensário do interior".

(FONTE: Acima – Arquivo Iconográfico da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz; Abaixo – Araújo, 1927)

Aspecto de uma conferência de propaganda *antivenérea* promovida pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas em Manaus, durante os anos 20. Note-se que a audiência é exclusivamente masculina.

(FONTE: Araújo, 1927)

Aspecto de uma conferência de propaganda antivenérea promovida pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas na cidade de Campos-RJ, durante os anos 20. Novamente aqui a platéia é composta exclusivamente por homens, pois somente eles podiam ser educados sobre tais assuntos.

(FONTE: Araújo, 1927)

Exemplos de cartazes de propaganda utilizados, durante os anos 30, pelo Círculo Brasileiro de Educação Sexual, em sua campanha em prol do esclarecimento sexual dos brasileiros e contra o preconceito que circundava tais assuntos. Ao lado, nos dizeres do cartaz, a ciência aparece como defensora da prole e, portanto, dos interesses nacionais.

(FONTES: Ao lado – *Boletim de Educação Sexual*, novembro de 1938; Abaixo – *Boletim de Educação Sexual*, abril de 1938)

Cartaz de propaganda utilizado, durante os anos 30, pelo Círculo Brasileiro de Educação Sexual. Na legenda do cartaz lê-se que "todo brasileiro deve se insurgir contra a cegueira sexual que o preconceito impõe, abrindo sua inteligência para nela penetrar vigoroso e radiante o clarão da verdade!

(FONTE: *Boletim de Educação Sexual*, julho de 1935)

Exemplos de cartazes de propaganda antivenérea utilizados nos anos 30 pelo Círculo Brasileiro de Educação Sexual. Na foto ao lado, é interessante notar que a pomada desinfetante para após as relações sexuais aparece sendo manuseada por mãos femininas, embora fosse eficaz quase exclusivamente para os homens.

(FONTES: Acima – *Boletim de Educação Sexual*, maio de 1935; Ao lado – *Boletim de Educação Sexual*, novembro de 1935)

ças produzidas no momento em que um dos cônjuges (geralmente a mulher) descobria que o outro lhe havia sido infiel depois do casamento, ou lhe havia omitido a informação de que se casara já infectado.

Já do ponto de vista da "tradição", além da geral ignorância relativa às *doenças venéreas*, fruto do silêncio e da vergonha que as cercavam, no que dizia respeito especificamente aos homens, os médicos denunciavam sobretudo o tradicional sentimento de orgulho que muitos jovens demonstravam perante elas. Freqüentemente, os médicos se insurgiriam contra a idéia, antiga segundo eles, de ser a *sífilis* um sinal de virilidade entre os homens, principalmente entre os mais jovens. Doença que, se não era procurada, era bem recebida e exibida como signo de distinção. Para alguns, a marca da *sífilis* era motivo de orgulho e não de medo ou vergonha. Desde o período colonial, como lembra Gilberto Freyre, era comum o filho do senhor de engenho ser "ridicularizado por não conhecer mulher e levado na troça por não ter marca de sífilis no corpo" (Freyre, 1954[1933]:160). Além de von Martius, Freyre cita um observador francês da segunda metade do século passado, para quem, embora a *sífilis* causasse "grandes estragos" entre os habitantes do Norte do Brasil, "a maior parte não a considera como uma moléstia vergonhosa e não tem grande cuidado" (Idem). Observação que parece também se aplicar à própria França, onde, à mesma época, segundo o historiador Claude Quétel, "Enquanto a angústia se aprofundava no seio das classes esclarecidas, a desenvoltura popular frente à da sífilis prolongava a tranqüilidade de antigamente. Na caserna, o "esquentamento", e mesmo a sífilis, figuraram durante longo tempo como ritos iniciáticos" (Quétel, 1986:2-3).

Sem dúvida, tal sentimento se desenvolvia, como dizia Afrânio Peixoto em 1913, ao longo da "educação da libertinagem que entre si fazem os moços", e que, no Brasil, segundo ele, concorreria com a sexualidade precoce (fruto do clima) e a postergação do casamento, dadas as dificuldades financeiras, para a dissolução antecipada da juventude e sua contaminação precoce (Peixoto, 1913:599). Em 1918, durante o 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, o então médico-militar Júlio Porto-Carrero tocava justamente nesse ponto. Depois de denunciar a alta incidência das *doenças venéreas* na Armada, principalmente entre os mais jovens, dizia que um dos principais motivos dessa situação era a educação sexual "defeituosíssima" da juventude "em que à ignorância completa das relações do sexo e dos males venéreos sucede a convicção de que para ser homem é necessário copular, que a conseqüência natural da cópula é a infecção e que a cicatriz de um cancro traz tanto orgulho aos moços quanto a um guerreiro valente o gilvaz de um combate encarniçado" (Porto-Carrero, 1921:36).

E, como lembrava ainda Porto-Carrero, tais valores não estavam presentes apenas entre a marujada pouco cultivada. Segundo dizia: "Esse defeito de educação é geral e queremos tão somente fazer sentir que o hábito do prazer sexual imoderado e o pouco caso ou mesmo a satisfação que inspiram as doenças venéreas são defeito corrente em todas as classes do país, e não é surpresa que o marinheiro traga esse defeito" (Idem).

No nível dos sentimentos sociais que inspirava, ou do *ethos* que a cercava, a polaridade *vergonha/orgulho*, em seu marcado contraste, não revela apenas a complexidade dos valores sociais atribuídos à doença (e à sexualidade); indicam também o estreito caminho através do qual os médicos, especialmente os sifilógrafos, tiveram de se esgueirar para afirmarem seu ponto de vista. De um lado, opunham-se a uma moral sexual fundada em princípios cristãos, que, desprezando os interesses terrenos, valorizava a castidade e o celibato, silenciando sobre tudo o que dizia respeito ao sexo e, conseqüentemente, à reprodução. De outro, deviam também combater uma certamente mais difusa mas não menos poderosa moral sexual masculina, que, embora como a primeira desdenhasse o aspecto reprodutivo da sexualidade, via, em oposição a ela, as relações sexuais como feitos memoráveis, cujo acúmulo determinava o grau de prestígio de um indivíduo entre seus pares. A moral sexual científica que os médicos inauguravam avaliava as relações do ponto de vista de sua função ou utilidade na manutenção da saúde individual e – sobretudo nesse momento – coletiva. Assim, de um modo geral, aos homens, principalmente aos homens casados, o que os médicos pediam (e, em determinadas circunstâncias, puderam exigir) era que abdicassem das prerrogativas que lhes dava a tradição e que assumissem sua responsabilidade biológica. Para isso, antes de mais nada, deviam aceitar o fato de que, como já dizia Pires de Almeida em 1902... "Os órgãos da geração pertencem antes à família, do que a si próprios; e que destruindo-os por qualquer forma, praticam a mais dura violência contra a prole. Efetivamente as esferas [quer dizer os testículos] são os seios do homem, e, como estes, devem merecer os mesmos cuidados e a mesma idolatria que as pomas da mulher" (Almeida, 1902:80).

Seguramente, do ponto de vista dos *moralistas*, enquanto a moral sexual masculina não passava de simples imoralidade ou libertinagem, a "moral científica", atrelada exclusivamente aos interesses biológicos da espécie, seria sempre suspeita de amoralidade. Com ela, compartilhavam apenas o ataque à libertinagem. Já a moral sexual masculina e aquela que os cientistas defendiam tinham em comum o fato de retirarem do prazer sexual, de modos bastantes distintos é verdade, as amarras do pecado.

As vítimas algozes

Assim, presos através de uma espécie de *double bind* – procurando desestigmatizar/medicalizar a doença sem romper com seus valores morais – os sifilógrafos se apoiavam sobre dois procedimentos lógicos básicos. Através do primeiro, estabeleciam, como vimos, uma oposição categórica entre *vítimas* e *algozes*, entre a *sífilis-flagelo* e a *sífilis-castigo*. Através do segundo, tais distinções se apresentavam como pólos entre os quais existiria uma espécie de contínuo que ia da inocência mais pura – a das crianças – à culpabilidade mais radical, a das prostitutas e, sobretudo, a dos maridos.

A posição dos homens jovens, solteiros, celibatários oscilava entre os extremos, dependente que estava do modo pelo qual os médicos concebiam a sexualidade e avaliavam a possibilidade da abstinência sexual. É somente no plano que o contínuo instaurava que se pode compreender categorias bem estranhas do ponto de vista da lógica tradicional, mas constantemente acionadas implícita ou explicitamente pelos médicos, como as de *vítimas-inocentes* e *vítimas-algozes*. Nesse nível, se a *sífilis* não é vergonhosa é porque, comportando as ações humanas um jogo complexo entre determinantes biofísicos ou sociomorais e escolhas livremente empreendidas pelo sujeito, a própria "imoralidade" nem sempre seria fruto de uma vontade livre. Limitando a liberdade volitiva, tais determinantes atenuavam a responsabilidade individual, transformando os algozes (as prostitutas e seus clientes) em *vítimas-algozes*.

Como se vê, de um modo geral, apesar dos esforços empreendidos pelos sifilógrafos, os *venéreos* continuariam a ser inscritos em uma espécie de duplo registro de responsabilidade, permanecendo nessa zona fronteiriça entre a culpa e a inocência de onde se pretendeu retirá-los a partir do século XIX. Os estreitos laços que, mesmo indiretamente, continuavam a unir *doenças venéreas* e *sexualidade promíscua* comprometiam em sua base o tão alentado imperativo de desestigmatização/irresponsabilização do *venéreo*. É certo que, quando comparada com os castigos e execrações vigentes até o século XVIII, a reprovação moral do doente assumia então formas bem mais sutis, sem deixar entretanto de marcar profundamente toda a chamada *luta antivenérea*.

Além disso, se em sua luta contra o estigma, os sifilógrafos reivindicavam implicitamente sua autoridade sobre a doença, eles não puderam deixar, entretanto, de considerar o contexto social e ambiental em que a *sífilis* ocorria, nem puderam dispensar a cooperação de outros profissionais. Ao contrário, para atenuarem a responsabilidade do doente sem, entretanto, destruir a moral sexual, tiveram que se apoiar, como vimos,

em uma espécie de "sociologia" da *sífilis*, que, dentro da tradição higienista do século XIX, refletia intensamente sobre os fatores externos que incidiam sobre a trajetória (diríamos hoje) epidemiológica do mal. Clima, raça, organização social (aspectos políticos, jurídicos, econômicos) e valores sociais diversos eram constantemente acionados quando se tratava de apontar as causas secundárias da progressiva expansão do mal. Por isso mesmo, no que dizia respeito à ação pública, principalmente profilática ou preventiva, os médicos sempre reconheceram – ou tiveram que fazê-lo – a *sífilis* como objeto que devia interessar legitimamente a "moralistas", "sexólogos", "pedagogos", "juristas" e "sociólogos". Como afirmavam constantemente, só através da ação conjunta de múltiplas forças sociais, sob a direção do sifilógrafo, poder-se-ia chegar a qualquer resultado positivo.[9]

[9] Quer tomemos como referência a assembléia das conferências de Bruxelas, em fins do século passado, ou a Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, realizada em 1940, ressalta a presença de representantes de diferentes disciplinas acadêmicas e de diferentes instâncias de intervenção social (no Brasil, notadamente a Igreja, mas também a escola, a justiça, os meios de comunicação etc.). Nesse sentido, Quétel chega a afirmar que a *sífilis* foi a mais "cultural" de todas as doenças, pois teria sido a mais impregnada de discursos. Conforme diz, embora matasse muito menos que a *cólera* e a *tuberculose* e custasse muito menos aos cofres públicos que a *loucura* e o *alcoolismo*, foi, entretanto, a doença sobre a qual mais se escreveu (Quétel, 1988:286-287).

A Luta Antivenérea no Brasil

A Luta Antivenérea e Seus Modelos

Já temos nesse momento todos os elementos que me parecem necessários para a análise da *luta antivenérea* no Brasil, conforme proposta e executada pelos médicos, liderados pelos sifilógrafos. Sabemos quais as **dimensões atribuídas** ao mal, suas **especificidades brasileiras** e a maneira pela qual, através de sua suposta extensão e de seu terrível impacto sobre a raça, apresentava-se como **problema público** de grande relevância. Conhecemos também quais eram os **fatores sociais e ambientais** considerados decisivos para a sua disseminação e como, do ponto de vista dos médicos, o **estatuto do desejo sexual** se mantinha um tanto ambíguo, oscilando entre ser uma **necessidade fisiológica** e um **ato dependente da vontade**. Por isso, apesar do esforço em definirem a doença enquanto problema médico, eles continuaram a inscrever os doentes em uma espécie de **duplo registro de responsabilidade**. Resta saber então quais os modelos de intervenção social que eles manusearam, quais foram concretamente atualizados e, ainda que de modo limitado, quais foram os efeitos sociais de tal utilização, assunto deste último capítulo.

Ainda preliminarmente, é importante ressaltar que, até aqui, caminhamos por áreas onde imperava um certo consenso. O campo da *luta antivenérea* se construía e se justificava a partir de tal consenso, que, em

linhas gerais, dizia respeito à **gravidade do mal**, à sua **importância social** e ao seu **caráter médico**, consolidando, na liderança da luta, os próprios médicos, principalmente os especialistas, seus principais propositores. Porém, quando se tratava de definir as melhores "armas" para se combater a *sífilis*, tal consenso se mostrava muito mais precário. Desfazia-se, refletindo principalmente, como veremos, as divergências mais teóricas ou abstratas que os separava quanto à própria natureza da sexualidade humana. Até 1920, no que respeitava à profilaxia dos *males venéreos*, as opiniões estiveram divididas em campos quase inconciliáveis. E, mesmo depois, continuaram a suscitar as mais vivas polêmicas.

Domesticar a prostituição

Antes de mais nada, em finais do século XIX havia os que defendiam como solução mais eficiente para o *problema venéreo* a introdução no Brasil de um regulamento sanitário para a prostituição. Como vimos, as prostitutas eram consideradas as grandes disseminadoras da *sífilis*. A idéia não era nova, nem era original. Conhecida como *sistema francês*, a regulamentação do meretrício havia sido pioneiramente instituída em Paris, no começo do século XIX. Em sua primeira versão, tal sistema não visava prioritariamente ao combate às *doenças venéreas*. Antes, buscava combater a libertinagem, proteger a moral das famílias, moralizar e disciplinar o espaço público. Segundo Alain Corbin, um de seus melhores analistas contemporâneos, a regulamentação do meretrício deitava suas raízes no racionalismo iluminista, participando do amplo projeto de destruir as confusões que se detectavam na escola, no teatro, nas prisões, nos hospitais e nos cemitérios. "A história do regulamentarismo foi a de um esforço infatigável para disciplinar a mulher pública", diz ele (Corbin, 1982:25).

Considerando geralmente a prostituição como um *mal necessário* por impedir que os imperiosos desejos sexuais masculinos atingissem mulheres "honestas", a proposta de ação regulamentarista baseava-se fundamentalmente no estabelecimento de um controle policial sobre as prostitutas, através da constituição de um meio prostitucional fechado e invisível. O que se pretendia era apenas a expulsão das prostitutas da cena pública e a vigilância contínua de suas atividades. Como diz Corbin, teriam sido quatro as instituições-chave do *regulamentarismo* francês original: o **prostíbulo**, a **prisão**, o **hospital** e (eventualmente) o **reformatório** (Idem). Assim, a polícia devia manter um cadastro, o mais completo possível, de todas as mulheres que julgasse estarem

mantendo práticas prostitucionais em determinada cidade, obrigando-as a restringirem sua atividade a certos bairros e sempre dentro de casas de *tolerância* fechadas.

O bordel era a instituição fundamental do *sistema regulamentarista*. Nele fixadas, as prostitutas podiam ser submetidas a uma vigilância constante, da qual fazia parte um controle médico obrigatório e regular para, no caso de estarem doentes, serem internadas em hospital especial. Dado o caráter compulsório da internação, o hospital para as prostitutas contaminadas – cujo exemplo mais típico parece ter sido o *St. Lazare* de Paris – assumia características penitenciárias. De caráter híbrido, em todos os lugares onde foi adotada, este tipo de instituição manteve-se, durante todo o século XIX, como lugar onde **doença** e **crime**, punição e cura continuavam "misturados", desafiando o projeto oitocentista de demarcar o mais claramente possível as fronteiras entre a esfera jurídico-punitiva e a esfera médico-terapêutica.[1] Ainda segundo Corbin, a prisão propriamente dita tinha apenas por função fazer com que as prostitutas respeitassem os regulamentos e não que abandonassem a prostituição.

Em sua implantação francesa original, o regulamento retirava as prostitutas do âmbito da justiça para colocá-las sob o arbítrio direto da *polícia de costumes*, dotada de uma espécie de poder absoluto no que respeitava à *inscrição* de uma mulher como prostituta e, com o auxílio do médico, à sua *interdição*, caso fosse considerada contaminada.[2] Assim, nesse *sistema*, adotado por muitos países europeus na primeira metade do século XIX, a visita médica era parte subordinada de um projeto mais vasto de controle social.

Em finais do século XIX, a regulamentação da prostituição já tinha uma história no Brasil. Por diversas vezes, diferentes chefes de polícia haviam tentado sem sucesso introduzi-la na capital do Império. A se crer nos relatos sobre a acidentada história do *regulamentarismo* no Brasil, quer

---

1 Nesse sentido poderia ser comparada aos manicômios judiciários, cuja estrutura e a história foram por mim analisadas em trabalhos anteriores (Carrara, 1988 e 1992).

2 Em 1921, no seu *Ensaios de Patologia Social*, o jurista brasileiro Evaristo de Moraes explora longamente os fundamentos jurídicos do *sistema* que estaria, conforme diz, em "manifesto desacordo com os modernos princípios democráticos" (Moraes, 1921:141-146). Segundo Moraes, esta legislação teria resultado da "vontade despótica" de Napoleão, baseada em princípios e textos administrativos anteriores à crise revolucionária de 1789. Entre 1802 e 1804, Napoleão teria estabelecido os alicerces da chamada polícia de costumes, prescrevendo o exame obrigatório das prostitutas e restaurando, para execução desse serviço, a autoridade discricionária dos antigos *lieutenants* da monarquia absoluta, cuja autoridade foi então transferida para a *prefecture de police*. Para Moraes, "não assenta a polícia dos costumes em fundamento legal. Funcionando discricionariamente, pelo arcaico princípio do *bel-plaisir*, que fora o dos prebostes, passara a ser o dos lugares-tenentes-gerais e, afinal, o dos prefeitos de polícia, vindo quase sem mudança do século XVIII ao século XX!" (Idem, 156).

sejam antigos ou contemporâneos, a primazia da iniciativa regulamentarista entre nós coube ao chefe de polícia desembargador Alexandre Joaquim de Siqueira que, em 1852, teria deliberado matricular todas as meretrizes da Corte. Segundo Souza Lima, outro chefe de polícia, o desembargador Isidro Borges Monteiro, quis reviver em 1858 os ideais do seu colega e, quando já havia quase concluído seu projeto, "protestos e tumultos o fizeram recuar e ceder" (Lima, 1899:240). Em 1875, novamente sem sucesso, o chefe de polícia Miguel Calmon du Pin e Almeida (Marquês de Abrantes), teria pretendido regulamentar o meretrício seguindo as pegadas de Siqueira e Monteiro.[3]

Como acontecia também na Europa, partindo das autoridades policiais, a preocupação era sobretudo com a moralidade pública e, secundariamente, com a saúde pública. Reverberando tais preocupações, em meados do século, os médicos brasileiros começaram também a se ocupar da questão. Surgiam então as primeiras teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendendo a regulamentação do meretrício. Em 1850, ensaiou-se mesmo uma tímida discussão sobre o assunto no seio da Academia Imperial de Medicina, que foi abortada pelo dr. De-Simoni – então presidente da Academia. Embora reconhecesse a procedência de uma reflexão médica acerca da prostituição, De-Simoni declarou que "...julgava melhor não se tocar por ora em semelhantes questões..." mesmo porque a sociedade brasileira "oferecia ainda outros males, aos quais convinha remediar primeiro" (*apud* Engels, 1985:70). Alguns anos mais tarde, em 1869, a discussão ressurgia com maior intensidade, ao ser proposta, como tema para debate, a seguinte questão: "Em que poderão influir as medidas policiais sobre a propagação das moléstias venéreas?" Para alguns médicos, a Academia devia se posicionar sobre o assunto, contribuindo para a formulação de regulamentos. Segundo Engels, incentivado pelos debates então gerados e preocupado com o papel que deveria ser desempenhado pela Academia na defesa da saúde pública, Luiz C. de Azevedo teria publicado um estudo intitulado *"Da prostituição no Rio de Janeiro"*, propondo afinal que "essa respeitável Academia, peça aos poderes do Estado, autorização para formular regulamentos tendentes a pôr a prostituição do Rio de Janeiro debaixo de severa direção policial, auxiliada muito principalmente por uma direção médica, com o fim de diminuir a espantosa propagação da sífilis e a escandalosa voluptuosidade que publicamente é ostentada" (*apud* Engels, 1985:71).

---

[3] Para relatos mais completos desses ensaios regulamentaristas, ver, além do trabalho de Souza Lima, Moraes, 1921 e Engels, 1985. Para as tentativas de regulamentar as prostitutas de São Paulo, ver Rago, 1990.

A inquietação no meio médico crescia na medida em que, aproximando-se do final do século, o *problema venéreo* ia se "revelando" em toda a sua importância e gravidade. Em meados da década de 1870, quando a polícia pretendeu mais uma vez regulamentar as meretrizes da Corte, o então presidente da Academia Imperial de Medicina, o higienista e especialista em moléstias da infância José Pereira do Rego, Barão do Lavradio, proferia um discurso pró-regulamentarista na sessão aniversária da Academia. O Barão do Lavradio já teria se dirigido anteriormente ao governo dizendo ser necessária a regulamentação sobretudo para defender a moral pública (ver Lima, 1899:243).

Como aponta a historiadora Magali Engels, a Academia passava a assumir progressivamente uma postura mais definida quanto à necessidade de serem tomadas medidas contra a prostituição. Fato que se revelava também nos temas que teriam sido propostos para concurso de memórias médicas naqueles anos: "Da prostituição no Rio de Janeiro", proposto em 1870 e 1872; "Quais as medidas a adotar contra a prostituição no país?", em 1875; e "O melhor projeto sobre medidas a adotar contra a prostituição", em 1876 e 1877 (Engels, 1985).

A partir daí, a questão ganharia definitivamente a imprensa e as ruas, tornando-se alvo constante das preocupações das autoridades sanitárias e policiais brasileiras. Não caberia no escopo desta obra acompanhar a história da prostituição na esfera jurídico-policial, durante todo o período aqui considerado. Acrescento apenas que, até os anos 20, o tema continuaria a preocupar os chefes de polícia do Rio de Janeiro. Alguns defendiam a adoção da regulamentação de modelo francês; outros apenas reclamavam legislação severa que combatesse os ultrajes e os escândalos [além de Moraes, 1921, ver também Silva, 1906, e Ribeiro, 1931]. Segundo nossos dados, em finais da década de 30, nova tentativa importante de inscrição das prostitutas foi empreendida por Felinto Müller (Mol, 1939). Além disso, durante as três primeiras décadas do século XX, o problema do caftinismo internacional – do chamado "tráfico de brancas" – seria muito discutido no Brasil, considerado um dos principais pontos de receptação de prostitutas estrangeiras. Trabalhando com inúmeros processos de extradição, a historiadora Lená Medeiros de Menezes chamou recentemente a atenção para a severidade crescente da legislação brasileira sobre o assunto: "Definido como crime pelo Código Penal de 1890, sujeito à expulsão com o decreto nº 6.541, de 7 de janeiro de 1907, tornado crime inafiançável pela lei nº 4.269, de janeiro de 1921, o lenocínio desafiou as décadas e preencheu grande parte das preocupações policiais e judiciais da República" (Menezes, 1992:66).

Neo-regulamentaristas *versus* abolicionistas: o grande dilema

No cenário internacional, foi também a partir dos anos 70 do século passado que a regulamentação da prostituição e as concepções que a sustentavam começaram a ser colocadas mais seriamente em xeque. Fora dos meios médicos, organizou-se então um movimento que, inspirado nas campanhas pela erradicação do trabalho escravo, ficou conhecido como *abolicionismo*. A campanha mobilizou inicialmente os meios protestantes – sobretudo *quakers* – da Inglaterra que, em 1866, através dos *Contagious Diseases Acts* havia implantado, segundo Corbin, uma "forma embrionária" de regulamentação (Corbin, 1982:316). Empreendida por uma das mais importantes líderes da organização "feminista" *Ladies' National Association*, Josephine Butler,[4] voltada prioritariamente para a revogação da lei inglesa, a *cruzada* logo se estenderia ao continente, apoiando-se fortemente nas comunidades protestantes. Em 1877 fundava-se, em Genebra, a **Federação Britânica e Continental pela Abolição da Prostituição**, destinada a pressionar os diferentes governos europeus no sentido de revogarem os regulamentos onde quer que eles existissem.

Como veremos mais detalhadamente através do caso brasileiro, as críticas dos *abolicionistas* ao *regulamentarismo* eram basicamente de três ordens. Algumas se utilizavam de um **critério de eficácia**: a regulamentação da prostituição seria ineficiente, pois, atingindo arbitrariamente às prostitutas, fazia com que muitas delas fugissem à inscrição e, aumentando o número das *clandestinas*, contribuía para disseminar o mal que pretendia combater. Outras se baseavam em um **critério jurídico-político**. Tal sistema seria *antiliberal* ou *despótico*, pois colocava as prostitutas fora do direito comum e sob o arbítrio direto da polícia, perpetuando práticas características de regimes absolutistas. Ainda segundo tal critério, seria *unilateral*, pois só atingia as mulheres, deixando de lado seus parceiros. Finalmente, o conjunto mais importante de críticas dizia respeito à **moralidade**: a regulamentação seria *imoral*, pois, de certo modo, não deixava de reconhecer a prostituição como profissão. Legitimava, assim, indiretamente, o chamado *duplo padrão de moralidade*, que permitia aos homens o que era vetado às mulheres, ou seja, o exercício sexual fora dos limites do casamento e, portanto, sem fins reprodutivos. Para os *abolicionistas*, conforme declararam oficialmente em Genebra, "o império sobre si mesmo nas relações sexuais é uma das bases indispensáveis para a saúde dos indivíduos e dos povos" e "a prática da impureza é tão repreen-

---

[4] Para maiores informações sobre Josephine Butler e sobre as atividades da *Ladies' National Association*, ver Walkowitz, 1983, especialmente o capítulo 6.

sível na mulher, quanto no homem" (*apud* Corbin, 1982:321). Como diz a historiadora Judith Walkowitz, em seu trabalho sobre a prostituição na Inglaterra no século XIX, desde o início da campanha os *abolicionistas* se insurgiam claramente contra os médicos, que, segundo lhes parecia, "justificavam a promiscuidade masculina, ao considerá-la uma necessidade fisiológica..." (Walkowitz, 1983:129).

Ainda conforme a mesma declaração de Genebra, toda a legislação relativa aos "costumes" deveria se pautar pelo princípio da "autonomia da pessoa humana que tem seu corolário na responsabilitade individual" (*apud* Cavaillon, 1931:47). Segundo escrevia em 1931 o sifilógrafo francês Cavaillon, para os *abolicionistas*, "ao instituir uma regulamentação que busca dar ao homem segurança e irresponsabilidade no vício, o Estado subverte a própria noção de responsabilidade, base de toda a moral." (Idem).

De um modo geral, podemos afirmar que, aos olhos dos *abolicionistas*, o escândalo do *regulamentarismo* residia primordialmente no reconhecimento semi-oficial da prostituição, implícito, de um modo ou de outro, no próprio fato de o Estado estabelecer certas regras para o seu exercício. A abolição da regulamentação (conquistada efetivamente na Inglaterra em 1886) seria o primeiro passo para a extinção da própria prostituição. Alguns *abolicionistas* defendiam a criminalização do *infame comércio* e a conseqüente perseguição das prostitutas e de seus agenciadores, outros propunham um trabalho de *recuperação das decaídas* e o desenvolvimento de uma ampla campanha moralizadora junto aos homens. Apesar das importantes diferenças que abrigava em seu seio, podemos dizer que, em sua face mais visível, o movimento *abolicionista* parece ter se caracterizado por um combate simultâneo ao *vício* e à *moléstia*, ou seja, à libertinagem/prostituição e às *doenças venéreas*. Considerava a contenção sexual masculina e a emancipação econômica e política da mulher como os meios mais eficientes para acabar com a prostituição e com as *moléstias venéreas* que ela propagava. Educação e propaganda seriam os instrumentos privilegiados para alcançar tais objetivos.

Surgindo em larga medida enquanto resposta às críticas *abolicionistas*, organiza-se simultaneamente, no florescente meio sifilográfico francês, uma proposta *neo-regulamentarista* que teve como principal formulador o sifilógrafo Alfred Fournier. Como diz Corbin, "à ascensão do novo papa da sifilografia correspondeu a emergência do neo-regulamentarismo, do qual ele foi, sob vários aspectos, o criador e o apóstolo mais ativo" (Corbin, 1982:362). A regulamentação passava agora a ser defendida sobretudo por razões práticas, de ordem sanitária, não mais em nome apenas da preservação da moral e dos bons costumes ou do saneamento moral dos

espaços públicos. Secundário de início, o combate às *doenças venéreas* transformou-se gradativamente em justificativa essencial do *neo-regulamentarismo* de finais do século XIX. Em seus termos, a solução do *problema venéreo* residiria fundamentalmente no saneamento do meio prostitucional. Porém, respondendo às críticas dirigidas ao *regulamentarismo* original, os *neo-regulamentaristas* passavam a advogar a reforma dos hospitais-prisão, para onde eram enviadas as prostitutas doentes, e a conseqüente extirpação do caráter punitivo que o tratamento ainda encerrava. A polícia trataria apenas do recenseamento das meretrizes e somente interviria quando chamada pelo médico, agindo apenas no sentido de submeter as recalcitrantes aos exames periódicos, que passavam a ser realizados em hospitais gerais. Para os *neo-regulamentaristas*, a polícia apenas zelaria pelo bom andamento da intervenção médica, submetendo-se à autoridade sanitária. Além disso, sua ação deveria ser controlada por instâncias propriamente judiciárias, sendo permitido às mulheres cadastradas como prostitutas recorrerem à justiça caso discordassem de tal classificação.

Os *neo-regulamentaristas* incorporavam também várias das propostas *abolicionistas*, principalmente a defesa de uma ampla campanha de *educação antivenérea* para alertar a população quanto aos perigos de tais doenças, induzindo à adoção de um comportamento "higienicamente responsável". Além da **multiplicação dos serviços terapêuticos** para tais moléstias, defendiam secundariamente, entre algumas outras medidas, a implementação do **exame pré-nupcial**, a instituição do **delito de contágio venéreo**, a adoção da **notificação obrigatória das doenças venéreas** e o **controle sobre as amas-de-leite**. Esta era, em suma, a pauta básica de intervenções sociais proposta pelas mais importantes conferências realizadas sobre o assunto em finais do século XIX, nas quais prevaleceram as posições *neo-regulamentaristas*, que deveriam ser implementadas em todos os países, através da rede de **sociedades de profilaxia sanitária e moral**, que então começava a se estruturar. Porém, se tanto no 1º Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, realizado em Paris em 1889, quanto na 1ª Conferência de Bruxelas de 1899, prevaleceram as idéias *neo-regulamentaristas* de Fournier, o meio médico internacional estava bastante dividido. Já na 2ª Conferência Internacional de Bruxelas, realizada em 1902, as idéias *abolicionistas* teriam prevalecido.[5] A partir daí, ao longo das primeiras décadas do século XX, vários países e cidades européias iriam revo-

---

[5] Como não tive acesso aos anais desta segunda conferência, apoio-me, neste ponto, em autores como o conhecido médico-legista brasileiro Leonídio Ribeiro, para quem a 2ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas de Bruxelas teria votado contra a regulamentação da prostituição, "essa medida vexatória e inútil" (Ribeiro, 1931:110).

gar seus *regulamentos*. E, efetivamente, parece que, depois da Inglaterra, as primeiras nações continentais a fazê-lo foram as de forte tradição protestante, como os países escandinavos e a Suíça.

A relação entre *abolicionismo* e protestantismo (que ainda merecerá algumas considerações neste capítulo) foi imediatamente percebida por inúmeros sifilógrafos, que, quando discutiam a profilaxia *antivenérea*, nem sempre se referiam uns aos outros em termos muito gentis. Sempre indignado com os *furibundos abolicionistas*, o argentino Emilio Coni cita, por exemplo, uma interessante passagem de Fournier, na qual o sifilógrafo dizia ironicamente: "...a opinião pública está sendo energicamente solicitada a abolir toda a vigilância médica sobre a prostituição, pois uma sociedade poderosa, chamada Federação Abolicionista, **nascida na pudica Inglaterra, de misticismo protestante**, considera a sífilis e as afecções venéreas como tantos outros saudáveis presentes da Providência para 'castigar a carne luxuriosa', para pôr freio à depravação dos costumes e assegurar a salvação das almas no outro mundo..." (*apud* Coni, 1922:47).

No Brasil, onde pelo menos até 1890 os médicos tendiam geralmente a defender a regulamentação do meretrício, o ideário *neo-regulamentarista* passaria a ter, no sifilógrafo Antonio José Pereira da Silva Araújo, o seu paladino. Ao longo da década de 1880, adotando as mesmas idéias que seu colega Fournier divulgava na Europa, Silva Araújo assumia a liderança da campanha pró-*regulamentarismo* entre nós. Em 1881, juntamente com os médicos Júlio Rodrigues de Moura, Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo, Cypriano de Souza Freitas e José Cardoso de Moura Brasil, Silva Araújo criava a revista *União Médica*, para veicular suas idéias e pressionar as autoridades imperiais a adotarem regulamentos (Ribeiro, 1931:115). Desde logo, contou com a importante adesão do professor de higiene pública e privada e de história da medicina da Faculdade do Rio de Janeiro, Antonio Correa de Souza Costa, também médico da Imperial Câmara e do Hospital Militar do Andaraí. Foi Souza Costa quem abriu a campanha que se iniciava, publicando em 1881, na *União Médica*, a memória "Da prostituição como causa do desenvolvimento e propagação da sífilis: necessidade de um regime sanitário aplicado à mesma no Rio de Janeiro". Naquele mesmo ano, Souza Costa foi nomeado presidente da Junta Central de Higiene Pública da Corte, mas nada teria podido fazer pela causa, pois o *regulamentarismo* tinha contra si a oposição do próprio imperador. Segundo relata o professor Souza Lima em 1899, Silva Araújo teria argüido Souza Costa sobre o fato de nada ter feito em prol da regulamentação. Souza Costa lhe teria respondido que o imperador era contrário à regulamentação, impedindo qualquer iniciativa nesse sentido (Lima, 1899:241). Segundo Evaristo de Moraes, Pedro II

teria manifestado sua opinião *anti-regulamentarista* na Europa e a obra do abolicionista francês Fiaux – *Les maisons de tolerance* – faria referência à resistência do monarca contra as várias tentativas, entre nós, para "oficializar o vício" (Moraes, 1921:266). Segundo a historiadora Lená M. Medeiros, em 1886, D. Pedro teria manifestado sua adesão pessoal à Federação Abolicionista Internacional, dizendo em carta a Émile Laveleyne que a regulamentação da prostituição não seria introduzida no Brasil, "pois lhe parecia que mesmo que um regime republicano viesse a se estabelecer, não seria alterada tal posição" (Menezes, 1992:61). E o velho monarca tinha razão...

Em 1883, Silva Araújo tentava mais uma vez sensibilizar o governo, publicando na *União Médica* um conjunto de cartas dirigidas ao conselheiro Leão Veloso, ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império, para "demonstrar a urgente e imprescindível necessidade da organização de um regulamento sanitário da prostituição na cidade do Rio de Janeiro" (Araújo, 1883:49). Ao que parece, apesar de ter prometido levar em conta as idéias do sifilógrafo, o conselheiro Leão Veloso nada fez (Lima, 1899:241).

Em 1888, ao se apagarem as luzes do Segundo Império, a polêmica se reacendia no seio da Academia Imperial de Medicina. A discussão era agora motivada por Ferreira Vianna, ministro do Império, que enviava um pedido formal para que a Academia se pronunciasse oficialmente sobre os efeitos da prostituição que, segundo dizia, "desolava" a capital, "ofendendo a moral das famílias" e "arruinando a saúde pública" (*apud* Machado, 1915). Segundo o professor de medicina-legal da faculdade do Rio, Agostinho José de Souza Lima, a comissão convocada pela Academia para estudar o assunto, da qual ele próprio fazia parte, não teria cumprido sua tarefa por "dissidência funda" e a certeza da improdutividade do trabalho, diante da oposição de Pedro II (Lima, 1899:242). Anos mais tarde, Evaristo de Moraes diria que, "já meio desanimado", Silva Araújo "pouco trabalhou" e que ninguém teria visto o resultado dos debates da comissão (Moraes, 1921:267).

Com o advento da República, o controle sanitário da prostituição e a profilaxia da *sífilis* voltavam a preocupar o governo central, legisladores e principalmente a polícia. Mediante proposta do chefe de polícia, Sampaio Ferraz, o governo provisório teria inscrito em seu programa medidas de repressão à prostituição e "decorrente profilaxia pública da sífilis". Sampaio Ferraz chegou mesmo a enviar o médico Ernani Pinto a Buenos Aires, para estudar a regulamentação ali adotada.[6] Já na presidência da Acade-

---

[6] Sobre as iniciativas de Sampaio Ferraz, ver, sobretudo, Machado, 1915; Porto-Carrero, 1918 e Ribeiro, 1931.

mia Nacional de Medicina, Silva Araújo agitava de novo a questão, apresentando, em 1890, para discussão, a tese: "Do regime sanitário da prostituição".[7] Proferiu então uma famosa série de discursos, publicados no ano seguinte (Araújo, 1891), defendendo vigorosamente as idéias *neo-regulamentaristas*, vitoriosas no ano anterior (1889) no 1º Congresso Internacional de Dermatologia e Sifilografia, do qual, como vimos, Silva Araújo foi um dos organizadores. O sifilógrafo combatia a proibição absoluta do meretrício, sua criminalização, mas pedia que se reprimisse a provocação pública. E, em alusão clara às hostes *abolicionistas*, declarava: "O que eu desejaria ver promulagada em meu país era uma lei sanitária contra o delito de provocação ao deboche. Não é a proibição da prostituição pública, mal inevitável, façam o que fizerem **os ideólogos, os sentimentalistas, os filósofos, os sacerdotes, as senhoras da alta aristocracia, os sócios, de ambos os sexos, dessas ligas contra a regulamentação sanitária da prostituição**; não é a guerra de extermínio contra um mal que a história de todos os povos tem mostrado ser inextinguível..." (Araújo, 1991:50, grifo meu).

Além disso, aconselhava a criação de hospitais e a disseminação de dispensários e ambulatórios gratuitos, assim como a implantação, nos hospitais já existentes, de serviços de sifilografia. Pedia o desenvolvimento de atividades profissionais para as mulheres, a proteção das órfãs e desvalidas, o exame generalizado dos militares, o esclarecimento público sobre as formas de contágio, com especial atenção para o aleitamento e o casamento. Quanto a este, dizia ser necessário "lembrar às famílias do perigo para as moças dos casamentos feitos sem conhecimento, por parte de seus pais, do estado de saúde dos noivos" (Idem, 67-68).

Nesses debates, contra Silva Araújo, destacou-se o médico-legista Costa Ferraz, cuja argumentação a respeito apoiava-se explicitamente em referências cristãs. Ferraz via na regulamentação da prostituição o fruto do "autoritário republicanismo da centralização francesa, onde o homem só tem direitos e a infeliz mulher, até mesmo quando vítima e doente, é transformada em culpada" (Ferraz, 1890:8). Ferraz dizia que, dando existência legal ao lupanar, a regulamentação apenas facilitaria "todas as expansões do mais brutal sensualismo" (Idem, 5). Além disso, para ele, os *regulamentaristas* se enganavam ao supor que criariam uma classe de mulhe-

---

[7] A comissão encarregada de estudar o problema foi composta pelos seguintes acadêmicos: conselheiro Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo (médico da Armada), conselheiro Joaquim Monteiro Caminhoá (professor de botânica da faculdade de medicina e também eminente cirurgião da Armada), José Pereira Guimarães (professor de anatomia descritiva e geral da Faculdade de Medicina do Rio, chefe do Corpo de Saúde da Armada), Fernando Francisco da Costa Ferraz (médico-legista, higienista, clínico, conhecido embalsamador), Alfredo Piragibe (especialista em vacinação e legislação sanitária) e Soeiro Guarany, de quem não possuo maiores informações.

res dóceis, pois "mesmo nesses entes tão deprimidos e de uma moral tão embotada, o sentimento de revolta se tem manifestado, recorrendo elas à mudança da noite para o dia do quarteirão e da própria cidade onde se achavam inscritas, preferindo viver de expedientes, aceitando todos os clientes e assim multiplicando a infecção de que muitas vezes foram as vítimas" (Idem, 9).

Antes, a inscrição das mulheres pela polícia apenas produziria trajetórias sem volta, pois "para sempre há de marcar a mulher com o ferrete da ignomínia e do desprezo" (Idem, 10). Reverberando o ideário da Federação Abolicionista Internacional, Ferraz dizia que antes deveria ser discutida a emancipação da mulher, que "sem direitos à vida política, objeto dos caprichos dos homens, sem poder atingir ao trabalho remunerador, só tem muitas vezes de escolher entre a miséria e a desonra" (Idem, 4). Os problemas eram, portanto, os privilégios socialmente concedidos aos homens, a tolerância e até a valorização da *libertinagem*, quando se tratava do comportamento sexual masculino. No centro de sua argumentação estava a reforma moral através da educação, que, para ele, não devia ter apenas o objetivo de "encher o cérebro humano de quinquilharias" (Idem, 19), mas formar moralmente o indivíduo, incutindo, através dos preceitos cristãos, o sentimento de *dignidade*. Segundo dizia: "Com regulamentos não se moralizam os costumes públicos, nem se educa a mocidade, ao contrário, se lhes oferece campo mais vasto para a devassidão" (Idem, 10). Ferraz denunciava sobretudo a espécie de pragmatismo pessimista presente no discurso *regulamentarista* quanto à sexualidade masculina. Nesse sentido, dizia que, através de tais leis, o que eles procuravam era "fazer lugares para homens", quando se tratava, ao contrário, de fazer, através da educação moral da mocidade, "homens para lugares". O modelo a ser seguido devia ser, portanto, o da Inglaterra e não o da França.

As idéias *abolicionistas* de Costa Ferraz teriam conquistado ainda o apoio de outros acadêmicos, cuja condenação ao *sistema francês* se baseava, entretanto, em argumentos mais "técnicos". O ginecologista Érico Coelho considerava improfícuos os exames realizados nas prostitutas, pois nem sempre se podia diagnosticar efetivamente a doença. Já Clemente Ferreira o julgava irrealizável, pois seria impossível hospitalizar todas as prostitutas contaminadas pelo tempo necessário à cura (Lima, 1899:382).

Enfim, a autoridade e prestígio de Silva Araújo devem ter pesado na decisão favorável à regulamentação, adotada finalmente pela comissão encarregada do parecer.[8] A regulamentação do meretrício (inscrição poli-

---

[8] As conclusões finais da comissão foram por mim compiladas a partir de Almeida (1902) e de nota publicada no *Brazil-Médico*, nº 16, de 01/05/1890, p.128.

cial, exames médicos regulares e hospitalização das contaminadas) recebeu quatro votos favoráveis contra dois que a condenaram. Favoravelmente à regulamentação teriam votado o conselheiro Carlos Frederico, Silva Araújo, Soeiro Guarany, Alfredo Piragibe e o conselheiro Caminhoá. Manifestaram-se contrários Costa Ferraz e Pereira Guimarães (Lima, 1899:242). Teria ainda havido empate quanto ao reconhecimento do "direito de apelação para o poder judiciário", no caso de a meretriz "recusar-se à inscrição". Como apontaria Evaristo de Moraes em 1921, de modo geral "os novos sábios patrícios" condenavam a polícia de costumes, "à velha moda, rigorosamente repressiva", mas se mostravam propensos, na sua maioria, para o *neo-regulamentarismo* "à Fournier", cujas idéias, defendidas por Silva Araújo, teriam prevalecido (Moraes, 1921:268).

Houve, é certo, uma ampla área de consenso. Todos concordaram com a repressão ao caftinismo e à provocação pública, aplaudindo as iniciativas do chefe de polícia Sampaio Ferraz. Não parece ter havido também grande divergência quanto aos seguintes pontos: necessidade de as amas-de-leite e os lactentes apresentarem garantias recíprocas de não estarem infectados; da obrigatoriedade do exame de dermato-sifilografia nas faculdades de medicina da República; da execução rigorosa dos regulamentos do Exército e Armada, nos quais já eram previstos exames médicos regulares; da criação de ambulatórios e hospitais gratuitos e, para não afugentar os doentes, discretos; de propaganda instrutiva popular (através de conferências, brochuras, livros e jornais) sobre os perigos da sifilização e dos meios de evitá-la; da proteção do proletariado feminino; do combate à miséria; e, finalmente, a necessidade de incentivo formal às associações que se propusessem a proteger e instruir os menores de ambos os sexos ou se dedicassem à *conversão* das meretrizes.

Além de Costa Ferraz, os *anti-regulamentaristas* contavam então com o apoio de dois médicos eminentes que, dadas suas respectivas especialidades e posições institucionais, tinham grande autoridade sobre o assunto: João Pizarro Gabizo, que, como vimos, foi o primeiro professor de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Agostinho José de Souza Lima, professor de medicina-legal da mesma faculdade. Embora não pareça ter participado pessoalmente das discussões da Academia, Pizarro Gabizo fazia, no momento em que elas se desenrolavam, uma conferência pública na Escola de São José, posicionando-se radicalmente contrário à regulamentação e colocando-se explicitamente ao lado da campanha *abolicionista* de Josephine Butler. Segundo a nota que o *Brazil-Médico* publicou a respeito, Gabizo declarava ser a prostituição "mais temível do que a sífilis, pelos estragos que produz na alma social" (*Brazil-Médico*, ano IV, nº 9, 1890, p.68-69). Em 1899, "vencido

mas não convencido" pelos *regulamentaristas* conforme dizia, o professor Souza Lima teria, em artigo publicado na *Revista de Jurisprudência*, a oportunidade de expor longamente suas idéias *anti-regulamentaristas*. Para ele, apesar de reconhecerem os inconvenientes da prostituição, os *regulamentaristas* "...capitulam covardemente ante às solicitações da sensualidade e da luxúria, cujo gozo oferecido aos homens por mulheres desbriadas e imprudentes, que disso vivem, eles proclamam, sem cerimônia, **uma necessidade**" (Lima, 1899:127-28, grifo meu).

Para o médico-legista, o único inconveniente que os *regulamentaristas* pareciam ver na prostituição era o fato de disseminar a *sífilis*, pedindo a interveniência do governo "...somente no intuito de acautelar a saúde do povo, ávido de satisfazer sua concupiscência, contra as conseqüências ruinosas daquela terrível infecção" (Idem). Souza Lima defendia as mesmas idéias de Costa Ferraz, discordando dele apenas quanto ao fato de a regulamentação da prostituição ser um atentado aos direitos individuais, pois, para ele, os direitos sanitários da coletividade deveriam ter a primazia (Idem, 243).

A ascensão do anti-regulamentarismo

Se as discussões travadas durante a década de 1890 revelam realmente uma certa propensão dos médicos brasileiros para o *neo-regulamentarismo*, tal tendência seria rapidamente revertida nos anos subseqüentes. Um bom índice dessa reversão surgia já em 1900, quando, no 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, o projeto de regulamentação apresentado por Ernani Pinto como fruto do trabalho que, comissionado por Sampaio Ferraz, teria realizado em Buenos Aires, foi duramente atacado (Machado, 1908:461). A oposição partiu sobretudo de Theóphilo Torres, que teria contribuído decisivamente para que o projeto não recebesse qualquer apoio formal do congresso (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 24, 1913, p.244). Dois anos mais tarde, os *abolicionistas* brasileiros conseguiriam inverter a própria posição oficial da Academia Nacional de Medicina, adotada em 1890.

Em 1902, motivada pela apresentação ao Senado de um projeto de regulamentação confeccionado pelo líder republicano, médico e senador Lopes Trovão (Ribeiro, 1931), a Academia voltava a discutir o assunto. Paladino do *regulamentarismo*, Silva Araújo havia morrido em 1900 e nenhum de seus colegas ou discípulos pareciam dispostos a substituí-lo na defesa do *sistema francês*. Ao contrário, a defesa de posições *anti-regulamentaristas* parecia vir dos mais próximos. Dois dos acadêmicos que,

em 1900, haviam sido encarregados dos discursos fúnebres proferidos em sua memória – Theóphilo Torres (Torres, 1930[1900]) e Públio Constâncio de Mello (Mello, 1930[1900]) – defendiam posições radicalmente opostas às do sifilógrafo. Baiano e colega de Silva Araújo desde os tempos de faculdade, Públio de Mello declarava a regulamentação da prostituição *imoral*, pois legitimava o *vício*; *unilateral*, pois atingia só as mulheres e *ilusória*, "porque o indivíduo confia na garantia que lhe dá o Estado e não se resguarda da contaminação" (*Brazil-Médico*, ano XVI, nº 47, 1902, p. 434-36). Além disso, a regulamentação contribuiria para o aumento da pederastia [sic] e da clandestinidade. Já Theóphilo Torres, enfatizando a importância da educação *antivenérea* nas escolas, exortava os sifilógrafos a se mirarem no exemplo do professor Gabizo e não no de Silva Araújo, e a fazerem, como o primeiro, conferências públicas e distribuírem conselhos escritos ao povo (Idem).

Mais impressionante é o fato de as idéias profiláticas de Silva Araújo não contarem nem mesmo com o apoio do sifilógrafo Werneck Machado, seu discípulo e sucessor no Serviço de Pele e Sífilis da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. No seio dessa segunda discussão, Machado lembrava o insucesso das idéias *neo-regulamentaristas* na 2ª Conferência de Bruxelas, que, segundo ele, indicara como solução do *problema venéreo*, além do tratamento generalizado dos infectados, a chamada *profilaxia individual*, ou seja, a adoção por parte dos indivíduos de certos preceitos "higiênicos e morais" (Idem), no sentido de se prevenirem do contágio. Para ele, havia coisas mais importantes a fazer, como a criação de hospitais e enfermarias especiais, de consultórios gratuitos, a distribuição de conselhos impressos sobre o assunto e o incentivo à então recém-fundada Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, da qual era um dos mais ativos participantes. A Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral havia sido fundada no Rio de Janeiro, no ano anterior, sob a presidência do *abolicionista* Pizarro Gabizo. Segundo Machado, a nova instituição carecia do apoio formal da Academia para poder aumentar o número de adesões à causa *antivenérea*.[9]

Se essa segunda discussão da Academia Nacional revelava certa unanimidade quanto à condenação da regulamentação do meretrício como meio de profilaxia da *sífilis*, ela também deixava entrever claramente certas fissuras no campo *anti-regulamentarista*. Além da "instrução do povo", Souza Lima insistia na importância da obrigatoriedade do exame pré-nupcial como *arma antivenérea*. Concretamente, defendia a generalização do artigo que, na legislação civil republicana, já conferia aos tutores e

9 Para maiores informações sobre a Sociedade, ver *Injeções, Pomadas e Conselhos*, neste capítulo.

curadores de menores o direito de exigirem do noivo ou da noiva "certidão de vacina e exame médico, atestando que não tenha lesão que ponha em perigo próximo a sua vida, nem sofra de moléstia incurável ou transmissível por contágio ou herança".[10] Porém, no Brasil, como em outros países, a adoção de tal medida encontrava enormes resistências, como a que foi explicitada, ao longo das discussões, por Werneck Machado. Machado condenava o exame pré-nupcial obrigatório por considerá-lo um atentado ao segredo médico ou sigilo profissional. Segundo dizia, o exame pré-nupcial obrigatório havia sido amplamente discutido pelos conferencistas de Bruxelas e todos os médicos presentes teriam se confessado "desarmados ante tais casos, em que seriam conhecedores de um crime que se ia cometer, mas não podiam subscrever a proposição por ferir o segredo médico" (*Brazil-Médico*, ano XVI, nº 45, 1902, p.452). Já para o ultra-*abolicionista* Costa Ferraz, também presente às discussões, o exame pré-nupcial era mais um atentado às liberdades individuais, pois o casamento era ato voluntário, questão que competia apenas à família, por dizer respeito à conservação da espécie (*Brazil-Médico*, ano XVI, nº 47, 1902, p.473). Para Souza Lima, ao contrário, aí residia a justificativa maior para uma intervenção médica, pois como dizia, "a medicina pública não é indiferente aos interesses da família e da sociedade, pelos quais a ela cumpre velar" (Idem).

Enfim, quanto à regulamentação da prostituição, dessa vez a Academia concluía taxativamente que "por muitos julgada medida de profilaxia, tendo em todos os países em que foi adotada e ensaiada dado resultados negativos, não deve ser incluída entre as diversas medidas que tenham de ser tomadas na luta contra esta moléstia, por ser, além de tudo, **medida imoral**, **atentatória da liberdade individual**, de alcance **unilateral** e de **resultados funestos** pois, longe de diminuir, mais incrementa a disseminação da sífilis, favorecendo à prostituição clandestina" (Mello, 1902:473, grifos meus).

Por outro lado, a Academia propunha, quase nos mesmos termos em que já o fizera em 1890, a ampla divulgação – através de cursos públicos, conferências populares com projeções, avulsos impressos etc. – dos perigos da *sífilis* e das *moléstias venéreas*, quando descuradas ou maltratadas; a criação de enfermarias especiais nos hospitais gerais e de hospitais especiais para esses tipos de males; a criação de postos médicos para tratamento gratuito e divulgação de conselhos sobre a gravidade do mal; a inspeção rigorosa dos corpos arregimentados do Exército e da Armada e o

[10] Trata-se do artigo 20 do *decreto nº 181, de 24 de janeiro de 1890*, que precedeu o primeiro Código Civil republicano, de 1916.

exame obrigatório das amas-de-leite. Se, em 1902, a Academia repetia muitas das reivindicações exaradas em 1890, uma diferença importante deve ser registrada. Em 1890, o objetivo da "propaganda instrutiva popular" proposta seria o de divulgar não apenas os perigos da *sífilis*, mas também "os meios de evitá-la". Sobre este último aspecto, a Academia agora silenciava.

Além disso, como aditivo a tais conclusões, aprovava-se também a proposta de Souza Lima quanto à necessidade de divulgação do artigo que possibilitava a exigência de exame pré-nupcial para os menores e à "conveniência de se generalizar tal exigência, proibindo-se o casamento de indivíduos que pudessem transmitir doenças incuráveis ao cônjuge ou à prole" (Idem).

Como já se vê, a profilaxia das *doenças venéreas* tinha o poder de dilacerar profundamente o meio médico em geral, e o meio sifilográfico em particular. Se, ainda em 1902, a influente revista *Brazil-Médico* condenava em editorial a regulamentação da prostituição, por não ser "obra de elevado critério profilático e de grandeza moral" (*apud* Machado, 1915:14), não deixava, entretanto, de publicar o longo trabalho do médico José Ricardo Pires de Almeida sobre a "libertinagem" no Rio de Janeiro. Nele, o médico pedia aos poderes públicos que revestissem "das formas legais os sensatos conselhos" regulamentaristas, que a "sábia Academia Nacional de Medicina" havia proposto em 1890. Como para a maioria dos *regulamentaristas*, também para Pires de Almeida a prostituição era um *mal necessário* e o seu crescente desenvolvimento no Rio de Janeiro devia ser considerado antes um bem, pois, além de cumprir sua função imemorial de canalizar o poderoso impulso sexual masculino, evitando que atingisse mulheres "honestas", vinha também impedindo a disseminação da prostituição masculina ou *pederastia*, que, segundo ele, assolara a cidade na segunda metade do século XIX (Almeida, 1902:225).

Diante de tão controvertida questão, alguns médicos importantes do período, como o pediatra Moncorvo Filho, chegavam a vacilar, quando se tratava de emitir opinião a respeito. Indagado sobre o assunto pelo estudante baiano Augusto Lins e Silva, cuja tese versava sobre o casamento do ponto de vista da medicina, Moncorvo Filho lhe escrevia, dizendo: "É ainda hoje muito discutida a questão da regulamentação sanitária da prostituição e, por ter o meu juízo ainda em suspenso sobre o assunto, peço permissão para eximir-me de manifestar-me a respeito. Todavia, ninguém poderá deixar de reconhecer que em tese ela deva ser aceita; o que resta provar é se a prática a sanciona e se os resultados dela auridos nos países em que tem sido adotada têm correspondido à expectativa. No entretanto, a medida que se refere à criação de estabelecimentos para a propaganda higiênica e o tratamento de venéreos, cada vez mais vantajosa se mostra em toda a parte em que tem sido posta em prática." (*apud* Silva, 1906:58).

A atuação das sociedades e das ligas para profilaxia da *sífilis* que existiram durante a primeira década do século XX, no Rio de Janeiro e em São Paulo,[11] não parece ter tido maior impacto na definição de uma opinião mais homogênea nos meios especializados brasileiros. A Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, por exemplo, já nascia, em 1901, sob o signo da oposição entre *regulamentaristas* e *anti-regulamentaristas*. A Sociedade foi fundada na capital federal por iniciativa do *regulamentarista* Bruno Chaves, incumbido durante a 1ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis (Bruxelas/1899) de organizar a filial brasileira da Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral. Porém, sua presidência coube imediatamente ao *abolicionista* Pizarro Gabizo, que, depois de sua morte em 1904, foi substituído pelo ainda *abolicionista* Werneck Machado.

De todo modo, progressivamente, os *regulamentaristas* iam perdendo terreno e, de fato, jamais conseguiriam reproduzir as vitórias alcançadas sob a liderança de Silva Araújo em finais do século passado. Em 1905, a assembléia plena do 3º Congresso Científico Latino-Americano, reunido no Rio de Janeiro, aprovava em suas conclusões as propostas *anti-regulamentaristas* apresentadas por Theófilo Torres. Nelas, condenava-se explicitamente o *modelo francês* de intervenção. Ao invés dele, exortava-se os governos a combaterem a "indústria do proxenetismo" e a promoverem "a educação da juventude inexperiente", através "da larga divulgação pelos **rapazes púberes** de conselhos impressos", "idênticos" aos publicados em 1902 pela Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral. Sua distribuição deveria ser feita também "criteriosamente", em dispensários especiais a serem criados. Tais dispensários teriam então uma dupla função: tratariam os doentes e seriam "núcleos de propaganda eficaz". Deviam ser criados ainda sanatórios, onde seriam recolhidas "anonimamente" as meretrizes infectadas, para receberem "tratamento carinhoso e gratuito" e "trabalho fácil e remunerador, com o fito da regeneração possível". Além disso, aconselhava-se a inclusão da *sífilis* nos quadros das moléstias de notificação compulsória (*Brazil-Médico*, ano XIX, nº 31, 1905, p.310). Apoiando as conclusões de Torres, salvo a que dizia respeito à notificação compulsória, Werneck Machado pedia, na ocasião, que lhes fossem agregadas ainda algumas outras, como a execução rigorosa dos regulamentos do Exército e da Armada, a exigência de atestado de saúde para criados domésticos, a estrita separação dos sexos nas fábricas e nas escolas, a promoção de campanhas contra o alcoolismo e a pornografia e a proteção à mulher proletária. Finalmente, coerente com o ideário *abolicionista* que defendia então, o sifilógrafo pedia também o desenvolvimento de uma campanha que procurasse "con-

---

[11] Ver adiante *Injeções, Pomadas e Conselhos*.

vencer a **mocidade masculina** que não somente a castidade e a continência não são nocivas, porém ainda que tais virtudes são recomendáveis sob o ponto de vista médico" (*apud* Machado, 1915:57, grifo meu).

Na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com o correr da primeira década do século XX, não parecia haver mais nenhuma voz autorizada a defender a regulamentação da prostituição. Substituto de Pizarro Gabizo, o sifilógrafo Fernando Terra a condenava. Júlio Afrânio Peixoto assumia posições *anti-regulamentaristas* em 1904 e, em 1913, já professor de higiene da faculdade, as iria reafirmar em seu *Elementos de Hijiene*. A argumentação *anti-regulamentarista* de Afrânio Peixoto é particularmente interessante pelo fato de procurar retirar claramente a questão do campo da moralidade, rompendo com o caráter moralizador do discurso *abolicionista*. Segundo diz, não queria "reeditar todas as nescedades que alguns abolicionistas – **os religiosos, principalmente**, os dessa chamada nova cruzada, têm dito da regulamentação" (Peixoto, 1904:272, grifo meu). Para Afrânio Peixoto, a regulamentação não precisava ser considerada imoral para ser condenada, pois não havia ainda se defendido das acusações de ser "ilegal, injusta e inútil" (Idem). Conforme dizia, em 1904: "O tratamento, eis a esterilização da sífilis e das doenças venéreas; a educação higiênica popular, eis a sua prevenção: desta soma, a única profilaxia pública que a ciência e a consciência podem sem reservas aplaudir" (Idem, 273).

Concordando com os *regulamentaristas*, Afrânio Peixoto não considerava a prostituição um crime e, se achava fisiologicamente inócua a abstinência sexual masculina, não parecia considerá-la provável. Como diria alguns anos mais tarde, em contraste com o que se verificava entre "escandinavos e anglo-saxônicos", a castidade pré-matrimonial era "prática de higiene e de moral" tão infringida que sua "observância" era "quase ridícula entre os povos latinos" (Peixoto, 1913:599). Desse modo, divergindo dos "abolicionistas religiosos", como dizia, a educação que propunha não poderia visar prioritariamente à castidade. O importante era "proporcionar aos inexpertos as possibilidades de prevenção de futuras contaminações, fornecendo mesmo graciosamente todos os meios de realizá-la (sabões, injeções, anti-sépticos, irrigadores etc.), dando a noção exata do perigo que estarão sujeitos por inadvertência..." (Peixoto, 1904:274).

Assim, o objetivo da educação higiênica não era, como queria a vertente mais "puritana" do *abolicionismo*, a dissuasão sexual, mas sim a difusão dos meios de *profilaxia individual*, como se dizia, através dos quais, sem mudar radicalmente seu comportamento sexual, os homens poderiam se colocar ao abrigo do contágio. O médico tinha o dever de disseminar o conhecimento sobre meios de prevenção que não implicassem necessariamente a abstinência sexual, quer porque tal prática fosse indesejável me-

dicamente, quer porque fosse improvável.[12] Desde meados do século XIX, pelo menos, os médicos sabiam que o uso dos "condons" (também chamados de "almofadinhas" ou "camisas de Vênus"), a emissão seminal durante o coito, ou, depois dele, a emissão de urina ou a lavagem dos órgãos sexuais com vinagre, água salgada, vinho, água de sabão, aguardente etc., davam aos homens meios de evitarem o contágio.[13] Tais meios de prevenção assumiriam uma importância ainda maior depois de 1907, quando Roux e Metchnikoff desenvolvem, no Instituto Pasteur, uma pomada mercurial que, utilizada pelos homens após o coito, seria muito mais eficaz que os métodos preventivos anteriormente aconselhados.

Implicitamente, já se desenha na argumentação de Afrânio Peixoto o que será a mais importante cisão entre os *anti-regulamentaristas*, que jamais chegariam a um acordo quanto ao próprio conteúdo da educação *antivenérea* a ser empreendida: moralizar ou esclarecer? Para alguns, o objetivo devia ser a dissuasão sexual dos jovens do sexo masculino até o casamento, principalmente através da divulgação dos horrores da *sífilis*; para outros, a disseminação, entre eles, de conhecimentos que lhes dessem meios, uma vez atingida a maturidade, de evitarem o contágio sem se privarem de mulheres ou, como prefeririam dizer, do necessário exercício da *função sexual*. Além disso, como se verá mais detalhadamente, durante todo o período aqui investigado, houve grandes divergências quanto ao modo pelo qual essa educação sexual ou *antivenérea* deveria ser ministrada. Deveria ser realizada nas escolas? Deveria constituir-se em cadeira especial? Deveria ser endereçada a ambos os sexos?

Apesar de todos esses dilemas, a ascenção irresistível do *anti-regulamentarismo* no meio médico já é evidente na primeira década do século XX. Em 1908, comentando os trabalhos brasileiros que haviam sido produzidos sobre a profilaxia da *sífilis* e das *doenças venéreas*, Werneck Machado observava claramente que: "Alguns desses trabalhos, tendo sido apresentados à Academia Nacional de Medicina e aos congressos médicos realizados entre nós, naturalmente foram seguidos de acaloradas discussões, como sôe acontecer, aliás, sempre que em todos os centros congêneres se agita esse momentoso problema. Encontram-se nos respectivos anais e boletins registradas todas as conclusões, **das quais se deduz uma sensível minoria entre os defensores da regulamentação da prostituição**" (Machado, 1908:461, grifo meu).

[12] Ao que parece, ao menos quanto ao projeto educativo, Afrânio Peixoto estava mais próximo dos conselhos exarados pela Academia Nacional de Medicina em 1890, do que daqueles a que se chegou em 1902.

[13] Nesse sentido, ver, por exemplo, Abreu, 1845 e Azambuja, 1847.

Além da educação e do tratamento, entre os médicos do começo do século, principalmente entre aqueles contrários à regulamentação ou descrentes de que pudesse vir a ser um dia implantada no Brasil, começava também a se tornar freqüente a defesa de outros instrumentos legais de luta, como o *exame pré-nupcial*, a ser mantido e generalizado no Código Civil, e o *delito de contágio venéreo*, a ser instituído no Código Penal.

Como vimos através de Souza Lima, o exame médico pré-nupcial parece ter sido inicialmente uma das bandeiras dos *anti-regulamentaristas* – mais preocupados em agir sobre os homens que sobre as prostitutas –, embora teoricamente sua adoção pudesse ser compatível também com a regulamentação do meretrício. Citando-se sempre como exemplo a legislação que a esse respeito vinha sendo adotada em diversos estados norte-americanos,[14] tentava-se influir na confecção do Código Civil republicano, então a cargo do jurista Clóvis Bevilácqua. Para inúmeros médicos, como dizia um deles, a medicina deveria ter as prerrogativas legais para "tolher sempre e em primeiro lugar, o direito de ingresso no templo de Himeneu aos indivíduos nos quais ela reconhecesse incapacidade vital, e, com severidade, devia embargar o concurso d'eles na obra majestosa da evolução da raça humana (...) Já é tempo da medicina pôr termo ao direito abusivo de um monstro reproduzir outro monstro, de um demente reproduzir um outro demente, de um sifilítico reproduzir um outro sifilítico, de um alcoólico reproduzir um outro alcoólico etc." (Seabra, 1902:8).

De um modo geral, nas primeiras décadas do século XX o exame pré-nupcial tinha já a adesão da maioria dos médicos brasileiros. As divergências apareciam somente quando se tratava de saber se devia ser obrigatório ou consentido. Adepto da obrigatoriedade do exame, José Cesário da Rocha lamentava, em sua tese para a Faculdade de Medicina da Bahia, o fato de os médicos não terem poder de veto sobre casamentos, impedindo que numerosas esposas fossem contaminadas (Rocha, 1906:16). Aos que criticavam a obrigatoriedade do exame por implicar a quebra do sigilo profissional, como o fez durante certo tempo Werneck Machado, muitos respondiam, como José Pacheco Dantas – aluno de Pizarro Gabizo –, que "denunciar o sifilítico, no período agudo, é um ato de humanidade". Para ele, se o médico tinha o direito de romper o sigilo profissional nesses

---

[14] Já em 1900, surge no *Brazil-Médico* pequena nota anunciando a adoção, pelo estado de Michigan, de uma lei que, suprimindo o sigilo médico, proibia o casamento de *venéreos*, sob pena de acusação de crime de felonia e multa (*Brazil-Médico*, ano XIV, nº 21, 1900, p.188). Mas a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, como indicam vários autores, seria efetivamente adotada pela primeira vez pelo estado americano de Washington, em 1909, disseminando-se na década seguinte para outros estados e outros países, entre os quais se destacam os escandinavos (ver, por exemplo, Tanner, 1941; Ribeiro, 1941).

casos, era porque o mesmo código que o impunha previa também não serem criminosos os que cometiam um crime para evitar um mal maior (Dantas, 1905:24). Assim, a quebra do sigilo profissional justificava-se, pois era realizada para salvar "vítimas-inocentes". Aos que continuavam a ver no exame pré-nupcial um atentado à liberdade individual, como o fazia Costa Ferraz, Dantas bradava: "A liberdade de um indivíduo não pode ser nivelada à liberdade de uma raça, a de um povo, a de um país!!!" (Idem, 29).

Havia, porém, aqueles médicos que, defendendo o exame pré-nupcial, condenavam, entretanto, sua adoção obrigatória. Era o caso de Augusto Lins e Silva, interno do professor de dermatologia e sifilografia da faculdade da Bahia, o também *abolicionista* Alexandre Cerqueira. Lins e Silva acompanhava o seu mestre na condenação simultânea da regulamentação da prostituição e da obrigatoriedade do exame pré-nupcial. Utilizando-se de uma argumentação que se tornaria clássica posteriormente, repetindo-se freqüentemente até os anos 40, Lins e Silva dizia que a obrigatoriedade apenas aumentaria o número dos casamentos ilegítimos, criando uma "escumalha social", através de proles ilegítimas. Como no caso da continência sexual, a adesão da população a tal exame deveria ser alcançada também através da educação: "...devemos seguir o caminho mais longo, instruir e persuadir o povo, porque, a melhora da raça se faz pela instrução e não por leis vexatórias..." (Silva, 1906:20).

É importante ressaltar mais uma vez que, a exemplo da *educação antivenérea*, o exame pré-nupcial visava sobretudo os homens, embora fosse muitas vezes defendido para ambos os sexos. Como vimos linhas acima, para Rocha, o que estava em jogo era a proteção das esposas, enquanto, para Dantas, era um ato de humanidade denunciar "o sifilítico". Efetivamente, muitos países adotariam a medida apenas para os noivos. Iniciada em finais do século passado, a discussão em torno do exame pré-nupcial estava destinada a atravessar toda a primeira metade do século XX, tornando-se a partir dos anos 20 uma das principais bandeiras dos eugenistas brasileiros.

Objeto de reflexão dos médicos desde finais do século XIX, o delito de contágio venéreo foi o assunto da longa memória que, em 1909, Cláudio de Souza apresentou ao 4º Congresso Médico Latino-Americano. O autor já havia tocado levemente no assunto alguns anos antes, defendendo a idéia de que, uma vez que se colocassem a disposição serviços públicos gratuitos para o tratamento da *sífilis*, homens e mulheres deveriam ser culpabilizados quando transmitissem a doença (Souza,

1906a:13-14). Para Cláudio de Souza, no Brasil, a prostituição – elemento mais poderoso para a transmissão da *sífilis* – era "absolutamente livre, quase, quase, acoroçoada pelo liberalismo exagerado de nossa democracia" (Souza, 1909:6). Embora não se colocasse entre os *abolicionistas*, a quem acusava de fazerem "literatura filosófica e socialismo em medicina" (Idem, 8), Cláudio de Souza reconhecia, porém, que "...o liberalismo moderno tem acentuado as suas tendências à supressão da regulamentação do meretrício e não seremos nós, apesar de não estarmos convencidos das suas apregoadas desvantagens, a aconselhar a introdução desse sistema no Brasil..." (Idem).

Na impossibilidade de uma regulamentação, Cláudio de Souza passava então a defender, como alternativa, a responsabilização civil e criminal do *sifilítico*, pois, conforme dizia "...no momento em que o sifilítico for obrigado a assumir a responsabilidade do seu ato, sendo sujeito a um julgamento e obrigado além de punição penal, a uma indenização por perdas e danos à sua vítima, ele não irá transmitir o seu mal com a tranqüila consciência e a ampla liberdade, com que atualmente o faz" (Idem, 10).

Ao que parece, para o médico paulista, não sendo unilateral, atingindo teoricamente a todos, o delito de contágio venéreo viria substituir com algum ganho a regulamentação da prostituição. E os exemplos que dá são de grande valor para percebermos as personagens concretas para as quais, na verdade, endereçava-se a lei proposta. Primeiramente, diz o médico, instituído o novo delito, "...o indivíduo, tendo apanhado uma infecção venérea, em uma casa pública, denunciaria o fato aos poderes sanitários que, uma vez reconhecida a procedência da queixa, promoveriam a retirada **da doente** de circulação, internando-a em um pavilhão apropriado" (Idem, 9, grifo meu).

Em segundo lugar, o delito de contágio viria também reparar casos como o de uma viúva de dezoito anos, que, mesmo tendo procurado os médicos da Liga Paulista de Profilaxia Sanitária e Moral, acabou morrendo devido à *sífilis* que lhe teria sido transmitida por um indivíduo que a "seduzira". Segundo Cláudio de Souza, com a nova lei, tal "crime" não ficaria impune. Assim, diferentemente da regulamentação da prostituição, o delito de contágio parecia dar simultaneamente armas aos homens contra as prostitutas e, contra eles, às mulheres honestas. Como repetem os médicos e juristas brasileiros que trataram dessa medida penal, a idéia teria sido originalmente defendida pelo médico francês Armand Deprés, em 1870. Embora também fosse defendido pelos *neo-regulamentaristas* (Corbin, 1982:375), o delito ou crime de contágio venéreo era medida proposta sobretudo pelos críticos do *sistema francês*.

A última investida neo-regulamentarista

Porém, se os *regulamentaristas* estavam enfraquecidos, eles não haviam ainda desistido inteiramente do combate. O desenvolvimento na Alemanha, em 1909, por Ehrlich e Hirata, do Salvarsan, medicamento que tinha o poder de fazer cicatrizar rapidamente as lesões mucosas através das quais a doença se transmitia, parece ter despertado novamente o desejo de imposição do tratamento obrigatório generalizado para as prostitutas. E os *regulamentaristas* brasileiros ainda teriam uma última oportunidade de tentar impor suas idéias no seio da Academia Nacional de Medicina.

Em meados de 1913, na Academia Nacional de Medicina, a última grande discussão sobre a profilaxia pública da *sífilis* era aberta pelo acadêmico Amaro Ferreira das Neves Armond que, por sugestão do colega Olympio da Fonseca, incluía também, na mesma proposta, a discussão da profilaxia da *blenorragia*. Além de sua enorme disseminação, Fonseca lembrava os perigos da *blenorragia*, sobretudo para as mulheres, o que fazia dela um perigo de "ordem social": "Os ginecologistas, sobretudo, sabem quais as conseqüências da gota militar, que leva traidoramente para o seio da família um mal, que se arraiga de tal modo, no organismo feminino, que, para muitos especialistas, a blenorragia constitui um mal incurável na mulher" (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 22, 1913, p.220).

Neves Armond defendia posições *regulamentaristas* e atacava sobretudo aqueles que viam nos regulamentos um atentado contra as *liberdades individuais*. Para ele, os que assim pensavam estariam defendendo a liberdade de um indivíduo de "contaminar com o terrível vírus populações e gerações"; liberdade que lhe parecia "divorciada do bom senso, antes consorciada à loucura imprevidente, absurda e cega, diante de suas funestas conseqüências..." (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 23, 1913, p.253). Para Armond, seria possível instituir uma lei humanitária que ao mesmo tempo preservasse "a parte não contaminada da sociedade" e desse às prostitutas a proteção "de que também são credoras", pois em muitos casos, segundo diz, elas seriam apenas "vítimas-algozes", "inconscientes propagadoras do terrível flagelo" (Idem, 233). Apoiando-se em dados sobre o índice decrescente de contaminação nos bordéis de Paris, Armond dizia que quanto maior fosse a vigilância, melhor seria "o estado sanitário das desgraçadas". A regulamentação seria, portanto, "uma verdadeira beneficência para elas" (Idem). Complementando a regulamentação, Armond defendia uma proposta educativa bastante radical. Para ele, a *educação antivenérea* deveria ser ministrada da puberdade à velhice e introduzida nos estabelecimentos escolares, para ambos os sexos.

Os *anti-regulamentaristas* estavam a postos para este novo confronto. Mesmo doente e impossibilitado de comparecer aos debates, Souza Lima faz questão de enviar uma carta à Academia para antecipar o seu voto, "firme e irredutível", contrário à regulamentação da prostituição: "essa presumida fiscalização sanitária de comércio de carne viva nos alcouces, à guisa de carne morta nos açougues", conforme dizia, explicitando claramente sua repulsa moral ao *sistema*. Além de "ilusória", "contraproducente" e "de eficácia discutível e contestável", Souza Lima ressaltava sobretudo o fato de a regulamentação ser "iníqüa", deixando de fora os homens, que, segundo diz, se encarregariam muito mais que as prostitutas da disseminação dos contágios venéreos (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 24, 1913, p.242-43).

Mesmo correndo o risco, segundo dizia, de continuar "como voz isolada e perdida na atmosfera de intransigência do sigilo profissional, de que se valem os adversários" (Idem), Souza Lima voltava novamente a insistir quanto ao grande alcance profilático do exame pré-nupcial que, "ao menos para os homens", deveria ser obrigatório. Para apoiá-lo, pronunciava-se também o já conhecido *anti-regulamentarista* Théophilo Torres, que, denunciando igualmente a parcialidade da regulamentação, dizia não haver em higiene profilaxia parcial: "ou ela é total ou nada vale" (Idem, 244). Para apoiar esta idéia, Torres usava uma imagem sem dúvida esclarecedora da opinião que tinha sobre as prostitutas. Segundo ele, examinar e isolar apenas as mulheres como profilaxia das doenças venéreas equivaleria, na luta contra a tuberculose, aconselhar a desinfecção das escarradeiras dos estabelecimentos públicos, deixando de lado as das casas particulares (*Brazil-Médico*, ano XXVII, nº 24, 1913, p.243). Saneada a prostituição, os homens continuariam livres para perpetuarem a transmissão e a doença não seria erradicada. Reclamando uma posição definitiva da Academia, Torres apontava claramente para o fato de o conflito relativo à regulamentação da prostituição impedir que qualquer política antivenérea fosse implementada. A esse respeito, dizia o médico: "Basta que se queira tratar da profilaxia da sífilis, surge logo a panacéia da regulamentação, como específico infalível, o único capaz de impedir as devastações que observamos e de que nos preocupamos. E como semelhante medida encontra sempre repulsa justificável em nosso meio, não é ela empregada e, porque ela é repelida, nada mais se procura fazer, deixando em total abandono o futuro da espécie, ameaçada do abastardamento total. E como nada fizeram, pela idéia fixa de regulamentação, acusam os anti-regulamentaristas de estorvarem a ação de homens de boa vontade!" (Idem, 244).

Para Torres, como aliás já vinha afirmando desde o início do século, apenas a expansão dos serviços *antivenéreos* aliada à educação dos jovens poderia ter algum resultado profilático. Na mesma direção, apontava tam-

bém o acadêmico Henrique Autran, enfatizando, sobretudo, a falsa segurança oferecida pela regulamentação da prostituição e defendendo a *profilaxia individual* como única solução para o problema.

Do lado dos *regulamentaristas*, posicionaram-se Alfredo Porto e Werneck Machado, sifilógrafos da Policlínica Geral do Rio de Janeiro e antigos colaboradores de Silva Araújo. Evidenciando o grande dilema que assolava os médicos da passagem do século, Werneck Machado havia então abandonado supreendentemente as idéias *anti-regulamentaristas* que defendera em 1902. Agora, convencido de que "nada de prático se pode conseguir sem o auxílio de leis especiais" (Machado, 1913:9), insurgia-se contra o "esterilizante puritanismo sentimental", que estaria na base da reação *abolicionista* (Idem, 39). Ambos leram longos trabalhos, abordando o que, para Machado, já havia se tornado "o problema positivamente mais complicado e grave da higiene médico-social" (Idem, 3). Procuravam derrubar, um a um, todos os fundamentos da crítica *anti-regulamentarista*, que, segundo dizia Machado, reduzia-se a basicamente três pontos: a legalização de uma profissão degradante e imoral, a adoção de uma legislação unilateral e a falibilidade ou ineficácia das medidas profiláticas que previa (Idem, 20).

Para Porto, as grandes divergências em torno da questão prendiamse à variedade de "concepções filosóficas" relativas à prostituição (à sexualidade, diria eu). Os *abolicionistas* tenderiam a vê-la apenas como uma "chaga asquerosa ou vício pernicioso" (Porto, 1913:6-7). Embora a considerassem como "uma vergonhosa degeneração social", já os *regulamentaristas* não se esqueciam de que era "filha dos fundamentos anti-naturais e falsos princípios com os quais se organizou a sociedade". Era, portanto, "na nossa defeituosíssima organização social", "uma instituição tão útil, tão indispensável como qualquer outra" (Idem). Também para Machado, regulamentado ou não, o bordel era "um fato incontornável, ineludível", a "conseqüência natural e forçada da prostituição, que ninguém terá a veleidade (...) de supor capaz de ser extinta, por mais rigorosas que sejam as leis imaginadas para tal fim" (Machado, 1913:32).

Desse modo, não se podia considerar a regulamentação imoral. Os que assim a julgavam, eram acusados pelos *neo-regulamentaristas* de "moralistas radicais" e "hipócritas", por quererem negar uma "instituição" cuja extinção sabiam ser impossível (Porto, 1913:11). Para Werneck Machado, seriam ineficazes as medidas repressivas que, na Inglaterra e nos países nórdicos, substituindo a regulamentação da prostituição, visavam suprimir a própria prostituição e o deboche (Machado, 1913:10 e 20). Para ele, se "a casa pública merece reprovação e o proxenetismo é odioso", seria entretanto "impossível fazer desaparecer tanto esses lugares como a pró-

pria prostituição" (Idem, 28). Mais valeria abandonar "fingidos pudores" e a "aparente *pruderie*" e fiscalizá-los, para torná-los "menos nocivos". Além disso, como lembrava ainda, a regulamentação ofereceria socorros terapêuticos e "até morais" a que fariam jus as "infelizes" meretrizes, "cuja situação excepcional, criada por circunstâncias que em nada adianta discutir, as torna merecedoras antes de compaixão do que de repressão" (Idem, 33).

Quanto ao reconhecimento da prostituição enquanto profissão, acusação constantemente dirigida aos *regulamentaristas*, Alfredo Porto radicalizava: "Será atualmente uma heresia, mas não estou longe de acreditar que, dentro de alguns anos, o Estado será obrigado a considerar a prostituição como um negócio ou profissão, para cujo exercício será necessária uma licença que, em troca de ônus e exigências, trará algumas garantias à prostituição" (Porto, 1913:12).

Diante do tradicional argumento de que a regulamentação seria iníqüa ou unilateral, por atingir apenas as mulheres, Porto levantava uma série de óbices. Antes de mais nada, ele lembrava que no mercado prostitucional era a mulher que oferecia um "produto", e que o único "direito" que a regulamentação da prostituição lhe cerceava era o de "negociar uma mercadoria avariada." Além disso, não via como seria possível estender o exame a todos os homens que freqüentavam prostitutas. Como localizá-los e distingui-los? Onde examiná-los? E, mesmo sendo tal extensão exeqüível, o Estado não podia dar à prostituta os mesmos direitos e regalias que ao homem, pois este a procurava para, satisfazendo seus "instintos sexuais", exercer, como já vimos, um "direito natural". Além de tudo isso, Porto ainda lançava mão de uma justificativa um tanto bizarra. Para ele, a mulher teria uma posição privilegiada perante o homem no que dizia respeito à "autodefesa", pois seria muito mais fácil para ela examinar seus parceiros, selecionando-os: "o exame dos órgãos sexuais masculinos é facílimo, pois é direto e rápido, o mesmo não se dando na situação contrária" [sic] (Idem, 14).

Mesmo depois de haver dito ser a prostituição uma instituição de utilidade social, Porto não deixava, entretanto, de afirmar que, se o Estado podia suspender alguns dos direitos das prostitutas, obrigando-as a exames ginecológicos regulares, era porque a mulher que se prostituía renunciava implicitamente, "embora inconscientemente", à proteção do Estado, por se insurgir e dilacerar sua "lei básica": a família (Idem, 13). A regulamentação da prostituição não podia ser, portanto, considerada uma afronta à mulher, pois, para isso, "seria necessário emprestar à prostituta uma nobreza de sentimentos de que ela já se alienou, muito antes de ser colhida pela inscrição policial" (Idem, 15). De todo modo, o médi-

co era contra o hospital-prisão, dizendo que o tratamento podia ser até mesmo realizado em domicílio. Concordando no geral com os argumentos de Alfredo Porto, Werneck Machado acrescentava ainda que a última palavra sobre a controvertida questão de a regulamentação da prostituição produzir ou não uma desigualdade de situação jurídica devia caber aos juristas, não aos médicos.

Porto e Machado discutiam, finalmente, a idéia de o regulamento ser ineficaz, contribuindo mesmo para a disseminação do mal que dizia combater. Antes de mais nada, para Porto, o argumento de que o resultado do exame nem sempre era confiável, produzindo, desse modo, uma falsa segurança, seria irrisório, pois apenas o fato de o ser em alguns casos já justificaria sua adoção. Além disso, segundo dizia, a intervenção médica havia adquirido novos poderes depois do aparecimento do Salvarsan, cujo efeito cicatrizante operaria "quase milagrosamente", fazendo desaparecer os *cancros* e as *placas mucosas* infectantes no prazo de poucos dias (Idem, 10). Quanto à falsa segurança, para anulá-la, bastaria que se desencadeasse uma campanha de propaganda, esclarecendo o público que os exames médicos nem sempre detectavam a presença do mal.

Por seu lado, demonstrando a eficácia do *sistema*, Werneck Machado trazia os dados coletados pelo francês Le Butte, que indicavam a diminuição da incidência da *sífilis* e das *doenças venéreas* entre as prostitutas regulamentadas da França. Improdutivo, a seus olhos, seria o velho *regulamentarismo* que já não era aceito pelos defensores da nova regulamentação. Para ele, a eficácia ou ineficácia dos regulamentos dependia basicamente de sua execução. Bastaria entregá-la a "competências tanto científicas quanto morais" para que a regulamentação pudesse revelar sua utilidade: "Dêem-se-lhe outra conformação, outras leis, e sobretudo outros executores, de uma idoneidade a toda prova, por sua vez sujeitos a leis de responsabilidade profissional insofismáveis, e estou certo, no vasto programa da profilaxia da sífilis e das doenças venéreas, a contribuição oferecida pela regulamentação não será das mais desprezíveis" (Machado, 1913:32).

Ainda em relação à ineficácia da regulamentação do meretrício, Alfredo Porto enfrenta os argumentos segundo os quais ela incentivaria a prostituição clandestina e o caftinismo. Segundo ele, a regulamentação estaria para o fisco, assim como a clandestinidade para o contrabando, quanto mais rigoroso fosse o primeiro, mais cresceria o segundo. Para evitar tal conseqüência, Porto propunha "uma regulamentação em bases amplas e liberais, de modo a não tornar a inscrição uma formalidade repelida". Deveria haver rigor com as não-inscritas ou clandestinas (multando-as, obrigando-as a penas disciplinares etc.) e brandura com as regulamentadas, "facilitando-lhes tudo, com a única condição de que sigam

um tratamento conveniente" (Idem, 19). Quanto ao caftinismo, Alfredo Porto não acreditava que a regulamentação da prostituição o propiciasse, pois, colocando as prostitutas em contato com as autoridades policiais e sanitárias, lhes daria acesso às "únicas pessoas que poderiam libertá-las do jugo de seus exploradores" (Idem).

Assim, Alfredo Porto concluía que, do ponto de vista médico, a regulamentação da prostituição atenuava indiscutivelmente a propagação da *sífilis*. O Estado teria, não só o poder, mas o dever de implantá-la, o que não feria direito algum. De todo modo, reconhecia que "só em bases francamente liberais" se deveria tentar uma regulamentação, evitando os abusos – excessos de autoridade, violências etc. – que haviam sido observados nos países *regulamentaristas* (Idem, 20). Werneck Machado acrescentava ainda que, caso se quisesse solucionar definitivamente o *problema venéreo*, a regulamentação da prostituição tinha de ser considerada como apenas um elo de uma cadeia de medidas que deveriam funcionar harmoniosamente. Voltando às conclusões das conferências de Bruxelas, ressaltava a importância das seguintes medidas: extensão e humanização do tratamento dispensado aos venéreos; realização de propaganda *antivenérea* ampla para sãos e contaminados; criação de programas de educação sexual para os jovens de ambos os sexos, especialmente para a mocidade masculina e os soldados; estabelecimento da obrigatoriedade do ensino especializado da sifilografia nas faculdades de medicina; repressão ao charlatanismo médico e farmacêutico; repressão ao proxenetismo; proteção às órfãs e às menores, às amas e lactentes. Machado defendia, finalmente, a responsabilização civil e criminal dos *contaminadores* e, rompendo neste ponto novamente com as idéias que defendia em 1902, a adoção do exame pré-nupcial obrigatório. A respeito desta última medida, contra a qual se levantara anteriormente em nome do segredo médico, Machado agora a aceitava – "ao menos para o noivo" –, rendendo-se aos argumentos de Souza Lima (Idem, 48).

Em trabalho *anti-regulamentarista* publicado em 1921, o jurista Evaristo de Moraes diz que o debate de 1913 não teria levado a nenhum resultado prático, apenas evidenciava mais uma vez o caráter minoritário do ideário *neo-regulamentarista* que, segundo diz, teria sido sustentado com "grandissíssimo esforço" por Werneck Machado (Moraes, 1921:278). Efetivamente, mesmo coberto de glórias dentro e fora do Brasil[15] e possuindo uma cadeira vitalícia na diretoria da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, o sifilógrafo Werneck Machado iria ser, no contexto mais amplo da *luta antivenérea* brasileira, progressivamente marginalizado. Segundo relataria mais tarde a seu colega argentino e também *regulamentarista*,

---

[15] Ver *A Implantação Sifilográfica*, cap. 2.

Emilio Coni, (Coni, 1922:60) acabou abandonando a *luta* em 1915, com a publicação do valiosíssimo *A profilaxia da sífilis entre nós: contribuição histórica*. Nele, ao que parece, Machado fez a sua última confissão de fé *regulamentarista* (Machado, 1915:52). Encerrava sua "contribuição histórica", reconhecendo a derrota de suas posições e desejando sucesso a Carlos Seidl, então diretor-geral da Saúde Pública, que, atendendo aos apelos do Congresso Médico Internacional realizado em Londres em 1913, enviara ao Ministro do Interior uma longa exposição, pedindo medidas urgentes para o combate às *doenças venéreas* no país (Machado, 1915:54). Machado sabia que, entre tais medidas, estavam excluídas aquelas que defendia.

Efetivamente, nessa exposição de 1914, Seidl apontava para o descrédito em que iam progressivamente caindo as idéias *regulamentaristas* e afirmava que o fato de a regulamentação ter sido sempre a base da profilaxia até então proposta no Brasil parecia-lhe ter sido o "entrave a que algo se tenha feito de útil" entre nós (Seidl, 1914:2). Pedia ainda ao ministro que enviasse para a Europa o professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e auxiliar-técnico do seu Laboratório Bacteriológico, Eduardo Rabelo, para que, estudando as políticas *antivenéreas* ali adotadas, desenvolvesse um projeto de intervenção para ser implantado no Brasil.

Também no florescente círculo sifilográfico nacional, organizado em torno da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, passavam a predominar incontestavelmente as idéias *anti-regulamentaristas*, apesar da presença de Werneck Machado como vice-presidente da entidade. Em 1918, ao abrir o 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, o então presidente da Sociedade e catedrático de dermatologia e sifilografia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Fernando Terra, fazia elogios explícitos às posições *anti-regulamentaristas* defendidas, em finais do século XIX, pelo fundador da cátedra, Pizarro Gabizo. Segundo Terra, "espírito educado no sentimento do respeito ao direito do indivíduo", teria sustentado, com sucesso, "tenaz campanha contra o pendor da época que via na regulamentação do meretrício o principal senão exclusivo esteio da profilaxia da avaria" (Terra, 1921:3). Também *anti-regulamentarista*, o médico Eduardo Rabelo apresentava ao mesmo congresso as linhas mestras que iriam orientar a grande campanha que, ao lado de Oscar da Silva Araújo, empreenderia na década seguinte.[16] Como se verá em seguida, o

---

[16] Segundo nos informa em 1920 o médico paulista Gomes Jr., Rabelo já tivera oportunidade de apresentar suas posições *anti-regulamentaristas* em conferência intitulada "A moderna orientação na profilaxia da sífilis", realizada durante o 1º Congresso Médico Paulista de 1916 (Gomes, Jr., 1920:14). Ainda segundo Gomes Jr., subscrita por Rabelo e por Ulisses Paranhos, uma moção no sentido de pressionar os governos a adotarem políticas *antivenéreas* pautadas unicamente no tratamento e na educação havia sido aprovada na sessão plenária de encerramento daquele congresso (Idem, 15).

grande mérito de Eduardo Rabelo parece ser o fato de ter desenvolvido, de maneira muito mais abrangente que qualquer um de seus antecessores, um modelo de intervenção que, sem prever a regulamentação do meretrício, não se apoiava prioritariamente, nem na promoção da abstinência sexual masculina, nem na tentativa radical de moralização dos costumes, através da criminalização da própria prostituição.

Eduardo Rabelo e suas idéias profiláticas

Para Rabelo, conforme declarava em 1918, no Brasil – "país de liberdades e franquias" –, quando se tratava da profilaxia da *sífilis*, os médicos sempre tinham "esbarrado diante da necessidade apregoada de medidas de regulamentação do meretrício" (Rabelo, 1921:335). A regulamentação teria sido, portanto, o grande empecilho ao empreendimento sanitário e Rabelo a descartava agora por razões eminentemente práticas: dificuldade de execução, pois seria impossível inscrever todas as prostitutas e muitas fugiriam à inscrição, "uma vez que as espera, se doentes, o confinamento forçado"; impossibilidade de serem mantidas internadas todas as infectadas pelo período necessário à cura; falsa segurança que "alimenta a freqüência à imoralidade"; e, finalmente, impossibilidade de vigiar as prostitutas que, por não terem atingido a maioridade, não podiam ser *inscritas* pela polícia (Idem, 341). Revelando claramente sua recusa em tratar o problema a partir do ponto de vista da moral ou da justiça, acrescentava Rabelo, "...se ao lado desses inconvenientes, aos quais é preciso juntar o incremento das clandestinas e a lateralidade das medidas, fossem elas eficientes, ainda bem. Mas a experiência secular nada disso tem provado e, pois, não haverá razão para pedir tais sacrifícios sem as necessárias compensações" (Idem, 342).

Assim, se a medida fosse eficiente, talvez não entrasse em pauta a questão de poder ser considerada discriminatória e antiliberal do ponto de vista jurídico, ou escandalosa do ponto de vista moral. Eduardo Rabelo dizia também que, entre nós, ainda que fosse considerável o número de clandestinas, "quer na classe baixa entre as domésticas, por exemplo, quer em categorias mais altas, entre as moças de *ateliers* e as freqüentadoras de casas de *rendez-vous*" (Idem), seu número era menor que o das prostitutas públicas. Além de todos os outros inconvenientes, a implantação de um sistema coercitivo poderia fazer com que tal relação entre o número de clandestinas e de públicas se invertesse, compromentendo ainda mais radicalmente o controle sanitário da *sífilis*.

Embora reconhecesse a necessidade de leis e códigos especiais "como medida de contra-peso", o sifilógrafo declarava que, diante dos conhecimentos científicos já então disponíveis a respeito da doença e de sua terapêutica, a sua profilaxia poderia se manter no campo "puramente sanitário", prescindindo de qualquer dimensão policial ou repressiva (Idem, 335). Para Rabelo, toda a ação profilática deveria estar centrada na "persuasão" e na "educação higiênica" da população. A vigilância sanitária deveria atingir igualitariamente "todos os indivíduos de ambos os sexos que por sua profissão, meio de vida ou outra qualquer causa evidente se tornem capazes de maior contágio" (Idem, 337). Assim, se as prostitutas deviam ser especialmente vigiadas, não se tratava mais de as examinar compulsoriamente e "interditá-las", como queriam os *regulamentaristas*, mas de persuadi-las, convencê-las a freqüentarem os dispensários, onde deveriam ser tratadas como todos os outros doentes, sem inscrição ou carta especiais. Para Rabelo, "...o inspetor de saúde entrará em casa da decaída não como um policial que a irá arrancar para confiná-la forçadamente no hospital, mas como quem propõe uma medida de interesse para a própria doente assim como para a Saúde Pública" (Idem, 342). O tratamento deveria ser predominantemente ambulatorial. A internação, sempre em discretas enfermarias especiais localizadas em hospitais gerais, deveria ser voluntária. Excepcional, a internação compulsória se restringiria, segundo Rabelo, àqueles que, "sumamente contagiosos, se recusarem por todos os meios a fazer cura ambulatória" (Idem, 338).

A educação higiênica a ser empreendida teria uma dupla função. Primeiramente, como vimos, divulgando a gravidade da doença, predisporia os indivíduos à intervenção médica, sem que fosse necessário recorrer à força. Assim também, num primeiro momento, a adoção da notificação compulsória dos casos de *sífilis* devia ser evitada. Enquanto a campanha educativa não fizesse desaparecer o caráter vergonhoso da doença, tal medida iria apenas contribuir para aumentar ainda mais o número de indivíduos que, temerosos de verem sua doença divulgada, ou não se tratavam, ou o faziam com charlatães e curandeiros (Idem, 336). Assim, aproximando os doentes dos médicos, o primeiro objetivo desse trabalho persuasivo e educativo seria promover a vigilância sanitária e a chamada "cura profilática", ou seja, a neutralização, nos doentes, do poder contagiante da doença através da cicatrização das lesões, propiciada pela medicação arsenical.

Porém, a educação devia franquear também aos indivíduos os meios para evitarem a contaminação. Segundo Rabelo, uma vez que a prostituição era reconhecidamente a grande disseminadora do mal, os médicos deveriam, antes de mais nada, aconselhar o afastamento desse "foco de contágio", como o meio preventivo mais eficaz. Desse modo, como dizia

Rabelo, a continência pré-matrimonial devia ser colocada, primeiramente, "no alto de todo o conselho higiênico" (Idem, 342). Porém, os médicos teriam também o dever de dar aos que não tivessem "o necessário *self-control*" (Idem, 337), na expressão de Rabelo, o conhecimento dos meios de, **sem se manterem castos**, evitarem o contágio. A esse respeito, o sifilógrafo seria ainda mais explícito em uma conferência que faria "aos moços" alguns anos mais tarde (1922). Segundo ele, os médicos teriam "a obrigação de, ainda que pugnando pela perfeição moral progressiva, não esquecer que a ciência dispõe de meios pelos quais poder-se-á evitar os riscos da infecção para que correm **irremissivelmente** grande número de indivíduos que não tendo sobre si mesmos o necessário *self-control*, irão fazer no futuro uma multidão de vítimas inocentes" (Rabelo, 1922:135). Como a maior parte dos *regulamentaristas*, Rabelo não parecia acreditar que um regime de abstinência sexual perfeito fosse alcançado. Nesse sentido, dizia ele: "A continência pré-matrimonial, não nos enganamos, porém, seria entre nós de difícil consecussão, difícil como tem sido a ponto de constituir por assim dizer mera aspiração em outros países já trabalhados por essas idéias desde muito" (Rabelo, 1921:342).

Mesmo reconhecendo que aconselhar a continência sexual pré-matrimonial era positivamente um "ato de pura moralidade" (Idem), Rabelo não deixava de atribuir a tal atitude um caráter explicitamente estratégico na *luta antivenérea*. Assim procedendo, conforme alertava aos seus colegas, "nos defenderemos da pecha de por meio da vulgarização de conselhos profiláticos andarmos a acoroçoar indiretamente o vício" (Idem, 342-343). Desse modo, o sifilógrafo reconhecia claramente que, sem serem precedidos do conselho moralizante – "mantenha-se casto até o casamento" –, conselhos mais neutros do ponto de vista da moral, mas, ao que parece, muito mais realistas e eficazes do seu ponto de vista (e do ponto de vista de grande parte de seus colegas), não seriam facilmente divulgados. Ora, para Rabelo, os "preservativos de contágio", que ele divide em *mecânicos* como as "camisinhas" e *químicos* como a pomada de Mettichnikoff, deviam ser, dada sua eficácia, levados seguramente "em muita conta" pelo médico (Idem), sobretudo no que dizia respeito às contaminações provenientes da prostituição. Lembrava sobretudo que, naquele momento, os médicos americanos estavam empregando com enorme sucesso tais métodos em suas tropas estacionadas na Europa. De fato, a se crer nos dados oferecidos por Allan Brandt, parece ter sido entre as tropas neozelandesas estacionadas na França que se iniciou ampla distribuição de pomadas profiláticas e preservativos. Young, então chefe da divisão de urologia do exército americano na Europa, teria conciliado o pragmatismo neozelandês ao moralismo dos higienistas americanos. Se-

gundo Brandt: "De um lado, ele buscou diminuir ao mínimo os contatos sexuais através da educação, recreação e repressão às prostitutas. De outro, ele defendia técnicas médicas de prevenção como a profilaxia química, inspeções freqüentes etc." (Brandt, 1985:99-100). Ao que parece, para os americanos, mesmo durante a guerra, a ênfase recaía sobretudo nos meios morais de prevenção, e não nos meios médicos.

Efetivamente, a Primeira Grande Guerra parece ter sido o palco perfeito para o confronto entre os diferentes métodos de profilaxia das *doenças venéreas*. Estacionados na França, país tradicionalmente *regulamentarista*, os americanos colocaram em prática entre suas tropas a *profilaxia individual*, instalando diversos postos de desinfecção, aos quais, para se desinfectarem, acorriam os soldados após terem mantido relações sexuais. Médicos franceses, como o sifilógrafo Gougerot, teriam podido então atestar a eficiência do *método americano*, responsável pela queda da cifra de contágios de 17 a 1%, em uma das guarnições, e a 0,1%, em outra. Contrastivamente, as tropas francesas, expostas às mesmas fontes de contágio, apresentavam índices de contaminação bem maiores (Rabelo, 1921:342/343).[17]

Assim, dizia Rabelo em 1918, "o valor desse meio de proteção está hoje definitivamente demonstrado", principalmente quando sua divulgação se faz acompanhar de "campanha esclarecida" que propicia seu emprego correto, "em tempo útil e com todas as condições de eficácia" (Idem). Rabelo chegava mesmo a advogar que, nos lugares de prostituição, fossem afixados cartazes divulgando os métodos de *profilaxia individual*. E, para que isso também não fosse considerado um estímulo ao "vício", conforme declarava, bastaria que se fizesse acompanhar ainda tal aconselhamento dos necessários lembretes moralizadores e da observação de não serem os métodos profiláticos indicados totalmente seguros. Faziam, é certo, com que os riscos de contaminação diminuíssem enormemente, mas não com que desaparecessem por completo, "ficando por conseguinte os **comparsas** até certo ponto entregues ao próprio destino" (Idem, grifo meu).

Como se vê, sem esta espécie de concessão à Moral, não se poderia empreender uma campanha educativa realmente "eficaz" do ponto de vista médico, ou seja, que não estivesse centrada exclusivamente na improvável –

[17] O impacto da experiência americana durante a Primeira Guerra para a valorização da *profilaxia individual* pode ser ainda melhor percebido através da conferência "aos moços", realizada por Eduardo Rabelo em 1922. Nela, diz Rabelo que os resultados a que chegaram os americanos "de tão contundentes fizeram por assim dizer completa reviravolta em opiniões tradicionais, chamando para o novo credo campeões valiosíssimos. Na Inglaterra, por exemplo, tal foi a mudança, que das excelências do método se ocupou em editorial o próprio 'Times', de quem se diz que só consentiu em escrever em suas colunas a palavra sífilis em 1910, por ocasião da descoberta do Salvarsan" (Rabelo, 1922:135).

para alguns, indesejável – abstinência sexual masculina. Ao menos, não se poderia empreender qualquer campanha que, ultrapassando os muros dos quartéis, atingisse uma população mais vasta que a dos soldados, cujo direito de acesso a mulheres públicas, é importante notar, nem mesmo os "puritanos" americanos pareciam realmente dispostos a colocar em questão.

Eduardo Rabelo defendia também o "saneamento do casamento", mas criticava a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, conforme vinha sendo adotado por muitos estados norte-americanos, por considerar que medidas "drásticas" como a proibição legal do casamento aos *sifilíticos* seriam constantemente burladas. Assim, ao contrário de Souza Lima, Rabelo se mostrava indiferente ao fato de o Código Civil brasileiro, finalmente promulgado em 1916, não ter incorporado o exame obrigatório para os noivos e, mais que isso, ter eliminado o artigo que, pela lei de 1890, o facultava no caso de casamento de menores, tutelados etc...[18] Para Rabelo, antes de se introduzir no Código Civil a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, uma ampla "campanha popular esclarecedora" deveria ser desenvolvida no sentido de convencer a população de sua necessidade. Rabelo reclamava ainda medidas sanitárias que colocassem sob especial vigilância as amas e os bebês que não fossem amamentados pelas próprias mães, e certos ambientes que propiciavam o contágio não sexual, como as barbearias.

Finalmente, apoiando-se na organização da campanha *antivenérea* que os Estados Unidos desenvolviam em seu território, Rabelo defendia a criação de um órgão federal, uma inspetoria que pudesse centralizar a luta e fazer com que se desenvolvesse segundo os mesmos princípios em todo o país.

Para além desse projeto propriamente sanitário, Eduardo Rabelo enumerava toda uma série de medidas "complementares" – proteção às menores, repressão ao tráfico de brancas e ao proxenetismo e combate ao alcoolismo –, que deviam ainda sustentar a *luta antivenérea*. Entre elas, enfatiza principalmente duas de caráter eminentemente coercitivo: a repressão ao charlatanismo médico e farmacêutico e a incorporação no Código Penal do delito de contágio venéreo. Quanto à primeira medida, diz que deveríamos seguir o exemplo da Inglaterra, que não só punia as pessoas não qualificadas que se propunham a curar tais males, como proibia a livre divulgação pela imprensa de qualquer medicação específica. Quanto ao delito de contágio – "voto por assim dizer unânime das assembléias que nestes últimos quinze anos têm se ocupado do assunto" (Idem, 346) –, depois de dizer que a Alemanha o adotara e que a Inglaterra estava em vias de o fazer, acres-

[18] Para a reação decepcionada de Souza Lima diante do Código Civil de 1916, relativamente ao exame pré-nupcial, ver Lima, 1916.

centava: "parece por conseguinte que em companhia da Inglaterra, a nação do abolicionismo e a maior respeitadora dos direitos individuais, não ficaremos mal se fizermos o mesmo" (Idem).

Pode parecer estranho, à primeira vista, que um adepto tão fervoroso da educação como forma de intervenção mais adequada e tão avesso a soluções "drásticas", como Rabelo, pudesse defender a responsabilização criminal do *venéreo*. Ora, se havia meios práticos e seguros para se evitar a contaminação e se todos deviam conhecê-los, por que Rabelo não considerava a contaminação como um processo em relação ao qual contaminadores e contaminados seriam co-responsáveis? É importante lembrar, entretanto, que a *profilaxia individual* era uma técnica desenvolvida sobretudo para os homens, não tendo grande eficácia para as mulheres.[19] Embora Rabelo não nos esclareça quanto a esse ponto, me parece provável que o delito de contágio vinha sobretudo dar uma "arma" às "mulheres honestas" contra seus companheiros, forçando-os indiretamente a utilizarem os métodos preventivos quando se arriscassem em alguma relação "perigosa".

Assim, a partir dos anos 20, a regulamentação da prostituição vai se tornando causa praticamente perdida no Brasil, colocado definitivamente à margem da tendência geral *neo-regulamentarista*, ainda presente em quase todo o mundo latino. O *neo-regulamentarismo* será vitorioso na França, onde sobreviverá até 1946. A maioria dos países sul-americanos seguia o exemplo francês. Uruguai, Chile, Peru, Colômbia tiveram, até pelo menos a década de 20, regulamentos sanitários para a prostituição (Coni, 1922). E, até o início dos anos trinta, o mesmo acontecia com a Argentina, Equador, México, Paraguai, e com as ex-metrópoles ibéricas, Portugal e Espanha (Cavaillon, 1931). É certo que a regulamentação continuaria a ser defendida por alguns médicos brasileiros, como Heráclides César de Souza Araújo, sanitarista de Manguinhos, membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, famoso leprologista e amigo do também *regulamentarista* Werneck Machado. Como veremos, inspirando-se na experiência uruguaia, Heráclides Souza Araújo chegaria mesmo a ensaiar alguns experimentos *regulamentaristas* entre 1918 e 1921, levantando áspera polêmica, em 1922, no seio da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro. Então, em um protesto em tom de denúncia contra a sua atuação, dizia-se que "a enorme maioria das nações civilizadas repele

[19] Conforme dizia claramente o sifilógrafo argentino Emílio Coni, em 1921, "...no estado atual da técnica, não é possível de maneira alguma assegurar a perfeita desinfecção da mulher, é no homem que é mais fácil realizá-la..." (Coni, 1922:24).

este sistema, substituindo-o pelo tratamento gratuito e na maioria dos países obrigatório". A regulamentação era mantida "apenas" pelos países latinos da Europa. E, na América Latina, teria "tomado pé (...) pelo hábito talvez da leitura exclusiva do francês" (Torres, 1922:182).

Por seu lado, defendendo o *sistema francês*, Souza Araújo condenava a repressão à prostituição, que segundo dizia vinha sendo realizada na Inglaterra e Estados Unidos. Efetivamente, os dados do historiador Allan Brandt para os Estados Unidos revelam uma política extremamente repressiva em relação às prostitutas. Quando os americanos entram na Primeira Guerra, uma lei proposta pela Comissão Militar do Senado (*Draft Act*) proibia a prostituição e o álcool ao redor dos campos de treinamento, instituindo as *moral zones*. Segundo Brandt, esta lei teria sido a base para "o ataque mais agressivo à prostituição na história da nação" (Brandt, 1985:71) e implicou o fechamento das zonas de prostituição (os *red-lights districts*) de quase todas as grandes metrópoles americanas (Idem, 77). Segundo Brandt, entre 1918 e 1920, "dezenas de milhares" de mulheres já haviam sido presas por suspeita de prostituição. A maioria, sendo de "primárias", era colocada sob o sistema de *probation*, mas dezoito mil entre elas foram internadas em instituições federais (Idem, 89).

Para Souza Araújo, apenas se conseguiria uma vitória contra a *sífilis* se as prostitutas fossem mantidas em "bom estado de saúde" e protegidas de seus exploradores, para que tivessem condições materiais de cumprir as determinações higiênicas. Se a Inglaterra, a Dinamarca, a Holanda e a Suécia haviam abolido os regulamentos, adotaram, ao invés deles, medidas muito mais draconianas, como a perseguição às prostitutas, a notificação obrigatória da doença, o tratamento compulsório e o delito de contágio (Araújo, 1922:18). E, quanto aos Estados Unidos, país que, segundo Souza Araújo, seria o modelo da crítica *abolicionista*, "todo mundo sabe que a repressão à prostituição só tem dado resultados contraproducentes" (Idem, 19). Revelando o caráter minoritário e subordinado de seu partido, Souza Araújo deplorava ainda o fato de o "mal exemplo" vir "de cima", ou seja, da Academia Nacional de Medicina, onde "homens de saber, de passado e de responsabilidade" estariam "empenhados em destruir trabalhos científicos de valor" (Idem, 22). Souza Araújo confessava finalmente que só deixaria de ser *regulamentarista* quando, pelo menos, fossem adotados no Brasil a notificação obrigatória das *doenças venéreas* e o tratamento também obrigatório dos infectados.

Nos meios militares, durante os anos 20, a exemplo de Porto-Carrero e Artur Lobo da Silva, os médicos ainda conservavam certa tendência *regulamentarista*. Ou, ao menos, continuavam sustentando sua descrença quanto à possibilidade de se contestar os privilégios do tradicional "des-

canso do guerreiro", ou seja, de os exércitos se manterem privados de mulheres. Porém, confirmando os vaticínios de Pedro II, o enfraquecimento da proposta *regulamentarista* é inexorável. Em 1931, Leonídio Ribeiro se referia a Heráclides César de Souza Araújo como "um dos raros regulamentaristas que ainda sobrevivem no Brasil" (Ribeiro, 1931:111). E dez anos depois, em 1940, no âmbito da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, além dele, não havia entre médicos e juristas presentes ninguém que defendesse o *sistema francês*, que receberia da assembléia seu *coup de grace*. Em suas conclusões finais, aprova-se: "Na atitude do Estado para com a prostituição, não se recomenda, nem do ponto de vista sanitário, nem moral, a regulamentação médico-policial do meretrício, sistema que tem falhado nos países que o adotaram, muitos dos quais se fizeram posteriormente abolicionistas" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis,* 1941:523).

Antes de passarmos a acompanhar a trajetória das diversas intervenções que buscaram, no Brasil, combater concretamente os *males venéreos*, em especial o projeto educativo e terapêutico que, sob a orientação de Eduardo Rabelo, caracterizaria efetivamente a *luta antivenérea* brasileira a partir dos anos 20, podemos desde já estabelecer os princípios básicos que parecem estruturar as diferentes posições no campo da *luta antivenérea*, ensaiando uma tipologia preliminar das intervenções propostas.

Os modelos de ação e seus princípios

O campo de disputa que se arma a partir de finais do século XIX em torno da erradicação da *sífilis* parece se organizar a partir de uma dupla oposição. A primeira refere-se à técnica de intervenção eficaz: lei ou educação? E a segunda, mais fundamental, à natureza da sexualidade humana: imperiosa necessidade ou desejo coibível?

Em relação à primeira oposição, o chamado *regulamentarismo* parece ter atualizado um tipo de intervenção que poderia ser designada de **jurídico-punitiva**, tendo a *lei* como seu instrumento precípuo. Os procedimentos básicos deste tipo de intervenção seriam criminalizar o comportamento considerado perigoso, atribuir responsabilidades e punir os culpados. De um modo amplo, a prevenção se realizaria aqui através da **coerção**, sendo os indivíduos compelidos a não exporem a si e aos outros ao perigo, sob pena de serem punidos. Como os dados históricos indicam, este tipo de intervenção não se manifestou apenas no chamado *regulamentarismo*. Pedia-se também a **criminalização da prostituição**,

que, em países como os Estados Unidos da América, foi duramente perseguida durante toda a primeira metade do século XX. Ainda através da codificação do chamado delito de contágio venéreo, defendia-se a **responsabilização criminal** de qualquer doente que contaminasse outro indivíduo. Assim, as práticas coercitivas poderiam ter como objeto tanto grupos mais restritos – como as prostitutas, no caso da regulamentação, quanto grupos mais abrangentes – como os "doentes contaminadores", no caso do delito de contágio. Embora sendo de outra natureza legal, não podemos deixar de reconhecer que sob medidas como o exame pré-nupcial obrigatório, o tratamento obrigatório ou o exame obrigatório para soldados e estrangeiros, revelava-se também uma certa intenção punitiva, pois, uma vez contaminado, o indivíduo perdia o direito ao casamento, à livre circulação ou ao soldo. De todo modo, temos aqui um conjunto de propostas para as quais a lei (penal ou civil) é o meio mais eficiente de ação.

De um modo geral, o *abolicionismo* nos remete a um tipo diferente de intervenção social, que pode ser chamada de **pedagógico-disciplinar**. Como já foi enfatizado por Corbin, para os *abolicionistas* a resolução do problema venéreo repousava sobretudo no desenvolvimento, pelo indivíduo, do seu senso de responsabilidade, de autocontrole. Tal objetivo só poderia ser alcançado através da educação sistemática dos cidadãos e não através da coerção legal. Como diz Corbin, do ponto de vista do *abolicionismo*, "é necessário antes de mais nada não confundir lei e moral, a função da lei não sendo de modo algum a de moralizar" (Corbin, 1982:333). Moralizar, persuadir, forjar novos hábitos, neutralizar o perigo através de uma intervenção no nível da subjetividade e dos valores. Sem este trabalho prévio de moralização, as leis seriam feitas apenas para não serem cumpridas. Como queria Costa Ferraz no final do século XIX, os médicos deviam contribuir para a construção de um novo indivíduo que, dado seu comportamento moralizado, contido e plenamente submetido à própria vontade, estaria totalmente "imunizado" contra o *perigo venéreo*. Em geral, a tal modelo articulava-se mais intensamente um discurso essencialmente crítico, pronto a ver no "meio social" – acusado de pervertido, permissivo, decadente – a origem do comportamento desregrado dos indivíduos e das conseqüências que dele advinham.

No âmbito do **modelo pedagógico-disciplinar** de intervenção, um sistema eficaz de *profilaxia antivenérea* deveria sobretudo apoiar-se em técnicas de persuasão. Ao invés de um dispositivo legal, como proposto no modelo anterior, sugeria-se a constituição de um dispositivo educativo que, esclarecendo os indivíduos, buscasse alterar seu comportamento, principalmente no sentido de evitarem as relações sexuais pré e extraconjugais ou, quando isso fosse impossível, utilizarem os meios de prevenção.

A oposição lei/educação foi, sem dúvida, um importante ponto de discórdia em toda essa história. É possível mesmo afirmar que a divergência quanto à técnica adequada de intervenção social – punição ou esclarecimento – marcou indelevelmente toda a *luta antivenérea* até meados da década de 40. Refletia de certo modo o duplo registro de responsabilidade no qual, como vimos, os próprios doentes continuavam a ser inscritos pelos médicos em seu conjunto. Porém, sozinha, tal oposição não pode elucidar a estruturação do campo aqui analisado, ou seja, não pode oferecer um princípio a partir do qual a distribuição das diferentes posições nele presentes possa ser compreendida. Ora, se os *abolicionistas* enfatizavam a intervenção educativa, não deixavam também de defender simultaneamente a criação de dispositivos característicos da intervenção de tipo jurídico-punitiva, como o delito de contágio venéreo ou, como ocorreu nos Estados Unidos, a criminalização da prostituição. Por seu lado, os *neo-regulamentaristas* também consideravam a educação e a propaganda como meios fundamentais para a *luta antivenérea*.

Para além da divergência relativa à técnica de intervenção, e ainda que a ela articulada, uma divergência muito mais definitiva ou fundamental, relativa ao modo pelo qual a sexualidade humana devia ser compreendida, cindia o meio médico. Tomemos primeiramente os *regulamentaristas* e *neo-regulamentaristas*, cujo foco de intervenção privilegiado era a prostituta. Considerando o desejo sexual como uma necessidade primária, eles tendiam a tolerar a prostituição, desde que sanitariamente controlada. Se não se cansavam de repetir que a prostituição era "tão velha quanto a humanidade", de "impossível erradicação" etc. etc., era porque acreditavam que, contida e sanitariamente vigiada, tinha função social importante e benéfica, pois canalizava os impulsos sexuais dos jovens e dos celibatários. Sem ela, como tanto temia Pires de Almeida no começo do século, tais impulsos, ou acabariam por perturbar a moral das famílias, atingindo a virgindade de suas filhas, ou se corromperiam, aumentando o rol dos *depravados*, *onanistas*, *homossexuais* etc.

A atitude dos *regulamentaristas* era, em certo sentido, pragmática, pois do ponto de vista da profilaxia *antivenérea*, a questão não era fundamentalmente mudar o comportamento masculino, ou tampouco *recuperar* as prostitutas. Importava apenas submetê-las obrigatoriamente a exames regulares e ao tratamento, se contaminadas. Assim, a feição do *comércio* secular entre homens e mulheres públicas permanecia intacto. Embora propusessem a moralização do espaço público, os *regulamentaristas* não supunham uma mudança profunda dos comportamentos individuais. As prostitutas continuariam existindo e os homens continuariam a visitá-las. Interessava apenas definir em que condições tal encontro poderia ser

nocivo à saúde pública e agir no sentido de neutralizar o perigo. Não se tratava, em tese, de saber se os cidadãos deveriam ou não manter relações sexuais extra ou pré-conjugais, se deveriam ou não manter relações com prostitutas. É importante notar que os fundamentos do *regulamentarismo* se colocavam, assim, em clara oposição à moral sexual cristã, que via na castidade o caminho da salvação. Além disso, legitimavam o privilégio masculino de acesso às mulheres públicas. Alguns *regulamentaristas*, como Alfredo Porto ou Pires de Almeida, chegavam até mesmo a dizer que a prostituição era fruto de uma "organização social imperfeita", insinuando que, ao restringir a sexualidade ao casamento, a sociedade colocava limites estreitos e artificiais demais à natureza humana.

É certo que, de um modo geral, à ascenção do *abolicionismo* no meio médico correspondeu, como vimos no capítulo anterior, a generalização da idéia de ser a abstinência sexual completa inofensiva à saúde, ao menos durante a puberdade. É certo também que, **grosso modo**, além de compartilharem da condenação dos regulamentos, da crença na educação sanitária como técnica de intervenção mais adequada e da escolha dos homens como foco de intervenção privilegiado, os *abolicionistas* tendiam a discordar dos *regulamentaristas* quanto à própria natureza do desejo sexual. De um modo geral, para eles, homens e mulheres podiam e deviam ser castos. Porém, a esse respeito, havia divergências sensíveis e cruciais no chamado grupo *abolicionista*. Divergências que, já o vimos, explicitavam-se principalmente quando entrava em discussão o tipo de informação médica a ser divulgada.

Desse ponto de vista, no âmbito do *anti-regulamentarismo* brasileiro, pode-se perceber duas vertentes muito diferentes. Fenômeno que, com maior ou menor nitidez, parece ter se repetido em outros países. Ao analisar, por exemplo, o *abolicionismo* americano ou "progressivismo", como prefere chamar, Allan Brandt aponta as tensões que tal movimento comportava. Segundo ele: "A higiene social combinava simultaneamente duas importantes vertentes do progressivismo: aqueles que exigiam uma ordem moral homogênea e aqueles que defendiam uma nova visão científica e tecnocrática. Comprometida a um só tempo com a saúde e com a moralidade sexual, a campanha de higiene social tentou negociar os conflitos inerentes existentes entre as duas ênfases. E com os avanços da medicina, a tensão foi ficando cada vez mais explícita. Entretanto, o debate entre a vertente moral e a vertente científica refletiam de fato um contínuo de opinião, com médicos e sanitaristas compartilhando freqüentemente os pressupostos dos que exigiam maior controle sexual, apesar de procurarem combater as doenças através de meios médicos" (Brandt, 1985:46).

Também Alain Corbin procura dividir o *abolicionismo* francês em duas categorias. Segundo relata, as críticas também dirigidas ao caráter despótico e antiliberal da regulamentação fazia com que o movimento *abolicionista* conquistasse não somente adesões entre religiosos, mas também entre feministas, anarquistas libertários, socialistas etc. Assim, como se vê, o rótulo *abolicionista* tanto podia ser aplicado aos que queriam uma sexualidade mais "livre" tanto para homens quanto para mulheres, como aos que queriam uma repressão sexual mais estrita, mas também mais igualitária. Assim, para Corbin, de um lado, haveria os "proibicionistas", de inspiração puritana, que condenavam a prostituição regulamentada porque, antes de mais nada, ela incentivava a licenciosidade e a imoralidade. De outro lado, estariam os "liberais", que enfatizavam principalmente o caráter despótico, injusto e ineficaz dos regulamentos e estariam mais preocupados com a saúde do que com a moralidade (Corbin, 1982:321). Para o "abolicionismo proibicionista", até mesmo o desenvolvimento de um tratamento eficaz contra este tipo de doenças era encarado com desconfiança pois, nesse caso, era a doença que devia continuar a significar uma espécie de castigo necessário ao desregramento sexual. Uma cura segura podia representar um sinal verde à licenciosidade. As informações propriamente médicas a serem veiculadas deveriam dizer respeito exclusivamente à gravidade do mal e suas conseqüências e às vantagens biológicas da contenção sexual. Como se vê, informações destinadas a promover uma espécie de "dissuasão sexual", para utilizar a expressão com a qual Corbin qualifica o objetivo central dos "proibicionistas". Se propunham alguma intervenção junto às prostitutas era no sentido de, através da persuasão ou da lei, fazer com que abandonassem a prostituição, pois não sendo o sexo uma necessidade, os homens poderiam muito bem ser reeducados no sentido de exercerem um controle mais imperioso sobre seus próprios impulsos.

Para o *abolicionismo* "tecnocrático ou científico", como o denomina Brandt, ou "liberal", como quer Corbin, o importante é simplesmente combater a doença através de todos os meios possíveis: pode-se exortar os homens a uma sexualidade restrita à conjugalidade, mas não se nega informações sobre como evitar as doenças venéreas por meios técnicos – uso de pomadas desinfectantes, lavagens, preservativos etc. Nos termos da variante "liberal" do modelo pedagógico-disciplinar, os meios de luta seriam essencialmente o tratamento generalizado dos doentes e a informação da população sobre **todos** os meios preventivos disponíveis, sem considerações morais. Como se vê, nesse pólo, a mudança de comportamento proposta, embora implicasse crescente racionalização da vida sexual, não visava necessariamente à sua moralização. Nesse sentido, *anti-*

regulamentaristas da estirpe de Afrânio Peixoto ou Eduardo Rabelo distanciavam-se mais de *abolicionistas* como Costa Ferraz, do que de *regulamentaristas* como Silva Araújo e Werneck Machado. Como estes últimos, tendiam a ver o sexo enquanto necessidade e, portanto, a prostituição enquanto *mal necessário*. Atacavam os *moralistas*, como fazia Afrânio Peixoto, e se preocupavam, como Eduardo Rabelo, em se defender da acusação de estarem incitando a libertinagem ao divulgarem informações sobre os procedimentos que deveriam ser adotados para, sem mudar drasticamente o comportamento sexual, evitar-se as *doenças venéreas*. Tais informações eram consideradas altamente perniciosas para os "proibicionistas", pois permitiriam aos indivíduos entregarem-se ao desregramento sexual sem riscos, serem saudáveis sem serem mais moralizados.

Poderíamos, portanto, resumir os dois pares de oposição que estruturavam o campo de disputa que se arma em torno do combate à *sífilis* e às *doenças venéreas* em um quadro como o que se segue:

Intervenção / *Sexo*	*Lei*	*Educação*
necessidade primária	regulamentar o meretrício	promover profilaxia individual masculina
impulso coibível	reprimir o meretrício[20]	promover abstinência sexual masculina

Assim, ultrapassando o nível empírico, onde *abolicionistas* e *regulamentaristas* terçavam suas armas, chegamos a quatro modelos de intervenção social, abstraídos do amplo leque de alternativas para a solução do *problema venéreo*. É importante notar que a oposição que dizia respeito à natureza da sexualidade parece ter sido muito mais definidora das diferentes políticas adotadas do que aquela que opunha as formas de intervenção. Assim, países que aderiam à regulamentação da prostituição, como a França por exemplo, tendiam a implementar uma intervenção educativa no sentido de tornar conhecidas as técnicas de *profilaxia indi-*

[20] Nessa quadrícula poderíamos incluir ainda a criminalização do contágio e o veto ao casamento dos doentes, medidas que, embora de modo limitado, supunham também a abstinência sexual em determinadas circunstâncias.

vidual, pois os dois tipos de intervenção supunham a necessidade da atividade sexual. Por seu lado, países como os Estados Unidos tendiam a uma intervenção mais repressiva em relação às prostitutas e mais moralizadora em relação aos homens, ao menos fora dos campos de batalha.

A partir de uma pesquisa comparativa mais sistemática do que a que me foi possível realizar aqui, talvez seja mesmo possível estabelecer um modelo "protestante" de intervenção *antivenérea*, em oposição a um modelo "católico", como sugerem alguns dos meus informantes, quando contrastavam o que ocorria no mundo "latino" ao que se passava simultaneamente no mundo "anglo-saxão" ou "nórdico". Aparentemente, em um momento em que até mesmo a nascente sexologia parecia oscilar quando se tratava de saber se a abstinência sexual era ou não fisiologicamente nociva (ver *Castigos, Doenças e Troféus*, cap. 3), os países de tradição católica parece que foram permeáveis à vertente que via o sexo como necessidade primária, enquanto os de tradição protestante incorporavam mais facilmente a ênfase na continência. Essa interpretação é ainda sugerida por Max Weber em uma interessante nota de seu clássico *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (ver capítulo 5, nota 22), na qual faz alusão explícita às discussões que se travavam em torno da regulamentação da prostituição. Falando sobre a ética sexual de alguns grupos puritanos, diz Weber: "A transição para um puro, e higienicamente orientado, utilitarismo já se deu em Franklin, que adotou aproximadamente o ponto de vista dos médicos contemporâneos, que aceitam a castidade como repressão das relações sexuais, até onde for desejável para a saúde, e que têm, como se sabe, dado conselhos teóricos do modo pelo qual ela pode ser alcançada (...) Os puritanos e os higiênicos racionalistas do sexo geralmente percorrem trilhas muito diferentes, mas se entendem nisso perfeitamente" (Weber, 1967[1904-5]:206).[21]

Talvez tributária da crença puritana na existência de uma "comunidade de eleitos" (essa "aristocracia de santos" de que fala Weber (Weber, 1967 [1904/5]:184) e na possibilidade da libertação completa do pecado já neste mundo, a concepção do Indivíduo como ser dotado de um poder absoluto sobre si mesmo ou de um livre arbítrio radical (o que, no que respeitava à sexualidade, parecia embasar a defesa da possibilidade de uma abstinência completa) estaria no centro da reação típica ao *perigo venéreo* que foi hegemônica nos países de forte tradição protestante. Já no pólo "católico", a concepção do pecado original como estigma permanentemente

[21] A especificidade da sugestão de Weber parece residir no fato de ele derivar em bloco toda a reflexão médica sobre sexualidade que lhe foi contemporânea a uma mesma tradição puritana. Assim, tanto os que defendiam a abstinência quanto os que a ela se opunham por razões higiênicas viam o sexo de um ponto de vista utilitário, racionalizando seu exercício.

inscrito na natureza humana permitiria mais facilmente que o Indivíduo fosse pensado enquanto entidade que raramente exibia um controle perfeito sobre si mesmo, sendo transpassado por forças que, a exemplo da necessidade sexual, freqüentemente tomavam as rédeas de sua vontade.[22] Ora, se por sua "natureza", os homens estavam condenados a possuírem um autocontrole sempre muito precário, não se poderia ancorar o combate às *doenças venéreas* nessa sua (in)capacidade.

Enfim, o fato de tais modelos estarem presentes simultaneamente no campo científico e no campo social faz com que a história da *luta antivenérea*, nos diferentes países que a empreenderam, seja, em certo nível, a história da combinação, até mesmo contraditória, no interior de um mesmo dispositivo, de seus elementos e princípios característicos. É o que iremos perceber através da análise do caso brasileiro. Como já se pode depreender das discussões em torno das diferentes propostas de ação em jogo, os médicos e sifilógrafos patrícios oscilavam entre *abolicionismo* e *regulamentarismo* e acabaram chegando, como se verá, a uma solução original, já antevista nas propostas de Eduardo Rabelo.

Injeções, Pomadas e Conselhos

As primeiras escaramuças

Dadas as discordâncias quanto aos melhores meios de ação, não é de se estranhar que, no Brasil, até os anos 20, as iniciativas relativas ao combate à *sífilis* e às *doenças venéreas* tenham sido incipientes e raras. De um modo geral, os poucos serviços especializados que iam surgindo ao longo das duas primeiras décadas do século XX eram fruto do empenho pessoal de alguns médicos ou estudantes de medicina, especialmente sensibilizados com o *problema venéreo*. Na então capital federal, para os civis,

---

[22] Para uma discussão mais detalhada sobre a reflexão dogmática em torno do mito cristão do pecado original e o modo pelo qual, sobretudo a partir de Santo Agostinho, no âmbito do catolicismo se passou a representar através dele o ser humano como entidade cindida contra si mesma, incapaz, principalmente no que respeitava à sexualidade, de um livre arbítrio ou de um autocontrole perfeito ver, entre outros, Ricoeur, 1969, Foucault & Sennett, 1981 e Pagels, 1989. Para a diferença específica existente entre puritanos e católicos quanto à crença na inevitabilidade do pecado (negada pelos primeiros e mantida pelos segundos), ver Leites, 1987.

além dos serviços de dermatologia e sifilografia das duas policlínicas da cidade e das enfermarias e consultórios da Santa Casa de Misericórdia, não havia quase nada (Machado, 1915). Isso não quer dizer que o montante dos serviços prestados não tenha sido significativo. Por exemplo, o Serviço de Moléstias de Pele e Sífilis da Policlínica Geral do Rio de Janeiro atendeu gratuitamente a 17.508 doentes no período de 1882/1914. Desde a sua fundação, em 1910, até 1914, mais de dois mil doentes já haviam passado pela enfermaria para mulheres com *doenças venéreas* da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (Machado, 1915:48-49). Dirigido por Werneck Machado, um Serviço de Doenças de Pele e Sífilis funcionava na Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro (Machado, 1915:7). Para crianças *sifilíticas*, o único serviço especializado era o mantido pelo Instituto de Assistência à Infância, dirigido por Moncorvo Filho (Idem). E, para mulheres, a Santa Casa de Misericórdia somente inauguraria uma enfermaria especial, com setenta leitos, em 1910 (Idem, 49).

Ao longo da primeira década do século XX, os hospitais militares também começaram a criar as primeiras enfermarias e consultórios especiais para *doenças venéreas*, ensaiando algumas experiências educativas. No Exército, por volta de 1907, o regulamento para o serviço interno dos corpos de tropa já previa a obrigatoriedade de visitas sanitárias gerais e freqüentes, sendo os médicos-militares obrigados a darem aos soldados de todas as armas os conhecimentos necessários à conservação da saúde e noções elementares concernentes à profilaxia das *doenças venéreas*. Em relação à *sífilis*, além de conhecimento geral sobre a doença, o regulamento já explicitava que "certos cuidados nas primeiras horas depois do contato infectante" podiam impedir o contágio e que os médicos militares os deveriam "divulgar", "facilitando" sua adoção (*apud* Machado, 1915:10). Através de folhetos, aconselhava-se os soldados a procederem, logo após o "contato com uma mulher suspeita", "a lavagens e à aplicação consecutiva de uma pomada anti-séptica" nos órgãos genitais. Para tanto, conforme se esclarecia nos folhetos, existiriam, nas enfermarias dos batalhões ou dos regimentos, solução de permanganato de potássio, ácido bórico e pomada de calomelanos.

Na Marinha, à mesma época, foram distribuídos folhetos, "esclarecendo os perigos da infecção, em relação ao indivíduo, à prole e à coletividade" (Idem, 8). E, em 1910, fez-se publicar a obra de educação *antivenérea* de Alfred Fournier, "Para nossos filhos quando saiam da adolescência", traduzida pelo "professor" Tiago Guimarães.[23] Nela, exortavam-se os jo-

[23] O ministro da Marinha era o então vice-almirante Alexandrino de Alencar, e o inspetor-geral de Saúde Naval, o contra-almirante Pereira Guimarães.

vens a evitarem a "provocação feminina", principalmente a do "meretrício impudico de além-mar", que, segundo Guimarães, teria assentado "em nossa pátria, à face da família honesta, a mais rendosa das indústrias" (in Fournier, 1910:12).

Lideradas pelos sifilógrafos, também nesse período começavam a ocorrer as primeiras tentativas de mobilização social mais ampla em torno do *perigo venéreo*. Tais tentativas se instrumentalizavam com a criação de ligas, cruzadas e sociedades nacionais de combate ao *perigo venéreo*. Geralmente, perseguiam vários objetivos: tratar os doentes através de dispensários, promover sua educação *antivenérea* e pressionar os poderes públicos para que uma política global fosse empreendida. Duas delas tiveram alguma visibilidade ou, ao menos, deixaram registros: a **Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral**, no Rio de Janeiro, e a **Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária**, em São Paulo.

Comitê brasileiro da Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral, a sociedade carioca teve vida curta e acidentada. A 22 de julho de 1901, no Rio de Janeiro, o discípulo do velho Silva Araújo, Bruno Chaves,[24] promovia uma reunião restrita aos sifilógrafos da capital. Segundo ata dessa primeira reunião, Bruno Chaves teria declarado explicitamente que "tratando-se embora de uma causa que interessa a todas as classes sociais, pensou, entretanto, caber aos colegas que se ocupam especialmente de sifiligrafia a iniciativa dela, razão pela qual só a eles se dirigiu, sentindo não estarem presentes todos os que foram convidados" (*apud* Machado, 1915:15). Além de Bruno Chaves, compareceram Pizarro Gabizo, Chaves Faria, Werneck Machado, Bueno de Miranda, Mendes Tavares e Alfredo Porto. O objetivo era a fundação da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, "associação científica", cujos estatutos seriam os de sua congênere internacional, apenas "adaptados ao nosso meio". Em setembro daquele mesmo ano, toda a classe médica carioca era convidada, através da imprensa, a aderir à nova associação, cuja principal finalidade seria, segundo a carta de convocação, "o estudo das questões relativas às medidas de ordem sanitária e moral, tendo por objeto a profilaxia da sífilis e das moléstias venéreas" (*apud* Machado, 1915:17). Nas duas sessões realizadas ainda em 1901, com a presença de uma dezena de associados, aprovavam-se os estatutos e instalava-se oficialmente a Sociedade, cuja diretoria foi composta pelo professor Pizarro Gabizo, na presidência, e Werneck Machado, na secretaria (Idem, 18-19).

---

[24] Chaves era então ministro plenipotenciário do Brasil em Viena e havia sido delegado brasileiro na 1ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e das Doenças Venéreas (Bruxelas/1899). À conferência apresentou o trabalho intitulado "La réglamentation de la prostitution au Brèsil", que, embora tenha sido publicado (Br. H. Lambertin), não foi por mim localizado nas bibliotecas do Rio de Janeiro ou de Paris.

Conforme relataria posteriormente Werneck Machado, sem sede própria, contando com poucos adeptos, "acabrunhada" pela longa moléstia que acabaria vitimando seu presidente em 1904, a Sociedade não voltaria a se reunir até 1907. Mesmo assim, seu presidente, Pizarro Gabizo, parece ter desempenhado um papel importante na aprovação, em 1902, de lei municipal, autorizando a criação de um hospital especial para *venéreos* na capital federal.[25] Porém, parece ter sido sobretudo Werneck Machado quem manteve vivo o nome da Sociedade até 1907. Nesse período, como secretário-geral, ele correspondeu-se com sifilógrafos europeus, como Dubois-Havenith, secretário geral do comitê central da Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral, de Bruxelas; arregimentou delegados para a 2ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e Moléstias Venéreas (Bruxelas/1902); dirigiu circulares a hospitais civis e militares para pedir auxílio em prol da *cruzada antivenérea* e iniciou a distribuição de conselhos impressos nos serviços que dirigia. Além disso, em nome da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, participou das discussões da Academia Nacional de Medicina, em 1902, e do Congresso Científico Latino-Americano, reunido no Rio de Janeiro, em 1905 (Idem, 20).

Em 1907, depois de ter se tornado vogal para o Brasil da Liga Latino-Americana Contra a Avaria, Werneck Machado tentaria ainda reviver a Sociedade, promovendo uma nova reunião em junho daquele ano, na sede da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Em seu longo discurso (re)inaugural, declarava que a necessidade de reorganização da Sociedade era premente, pois, de todos os países que haviam aderido à liga latino-americana, "salienta-se o Brasil como um dos poucos em que nada existe organizado oficialmente com relação à profilaxia da sífilis e das doenças venéreas" (*apud* Machado, 1915:21). A Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral se reorganizaria então sob sua presidência, conquistando importantes adesões entre sifilógrafos e médicos-legistas da capital.[26] A primeira tarefa a que se propôs – sem conseguir, entretanto, realizar – consistiu justamente em conhecer, através da organização de estatísticas, a freqüência da *sífilis* e das *doenças venéreas* no Rio de Janeiro. A Sociedade buscou também alguma visibilidade no meio médico, fazendo-se re-

---

[25] Trata-se de lei proposta e justificada pelo médico Azevedo Lima, na sessão de 30/09/1902 do Conselho de Intendência Municipal. Dessa sessão saía uma resolução que autorizava o prefeito a criar e a organizar no Distrito Federal, um hospital para *venéreos*, estabelecendo normas. A lei chegou a ser promulgada pelo prefeito coronel Leite Ribeiro (Machado, 1915:58-60), mas, apesar de ter sido recebida no meio médico como uma "lei humanitária e de proveitosos resultados" (*Brazil-Médico*, ano XVI, nº 39, 1902, p.395-396), nunca foi executada.

[26] Entre eles, Souza Lima, Luiz Faria, Fernando Terra, Teixeira de Carvalho, Moncorvo Filho, Nascimento Gurgel, Azevedo Lima, Alfredo Porto, Neves da Rocha, Moniz de Aragão, Victor de Teive e, os então neófitos, Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo.

presentar, no VI Congresso de Medicina e Cirurgia em São Paulo, por Oliveira Motta e Werneck Machado. Aproveitando a viagem, visitam o Dispensário Dr. Cláudio de Souza, mantido pela congênere paulistana da associação carioca, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária.

Porém, depois de um reinício promissor, as reuniões ordinárias logo se esvaziariam e os cofres da entidade quase não chegavam para cobrir os gastos com a viagem para São Paulo (Idem, 35). Já em finais de 1908, o falência do empreendimento era patente. Em dezembro daquele ano, realizava-se a última assembléia geral, na qual Werneck Machado apresentava um relatório, historiando o novo fracasso. Nele, dizia: "O mesmo fenômeno observado na primeira fase da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral, nesta segunda, se repetiu, isto é, desolador retraimento substituindo de perto o entusiasmo dos primeiros dias, dificultando o seu funcionamento..."(Idem).

Segundo seu próprio relato, mesmo com dificuldades, ele teria conseguido, em nome da sociedade, fazer contatos com Oswaldo Cruz, então diretor geral da saúde pública, junto a quem encarecera a necessidade da criação de um hospital para a "população já numerosíssima de avariados indigentes em nosso meio" (Idem, 37). Teria também conversado com os diretores de saúde do Exército e da Marinha, dos quais obtivera o compromisso de iniciarem rigoroso combate às *doenças venéreas* nas corporações armadas (Idem, 36). Além disso, manteve "relações epistolares", aparentemente estreitas, com o presidente da Liga Latino-Americana contra a Avaria, o *regulamentarista* argentino Emílio Coni. Foram tais atividades que, como vimos, valeram-lhe a medalha de prata na Exposição Internacional de Higiene Social de Roma (1911-1912).

Na última assembléia geral, Machado propôs que a Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral fosse definitivamente dissolvida, transformando-se em seção especial da Liga Brasileira contra a Tuberculose, cujo estatuto previa a necessidade de uma luta conjunta contra a *sífilis*, o *alcoolismo* e a *tuberculose* (Idem, 40-43). Para Machado, esse talvez fosse o primeiro passo para uma futura "Aliança Brasileira de Higiene Social", voltada para o combate simultâneo aos três grandes *flagelos sociais*, principais causas da *degeneração* da raça. Assim, em finais de 1909, na Liga Brasileira Contra a Tuberculose, começou a funcionar uma seção de propaganda contra a *sífilis* e um dispensário especial. Mantido pelos cofres da Liga e funcionando em seu edifício central (Machado, 1913:42), o chamado **Dispensário Contra a Sífilis** ou contra a **Avaria** seria dirigido pelo próprio Werneck Machado até pelo menos 1915 (Machado, 1915). Segundo diria Oscar da Silva Araújo em 1928, tal serviço teria sido a primeira realização prática da luta *antivenérea* entre nós, sendo o primeiro

dispensário brasileiro exclusivamente destinado à *sífilis* (Araújo, 1928b:9). Duas vezes por semana, Werneck Machado atendia aí indigentes e distribuía entre eles folhetos educativos nos quais se revelava a gravidade da doença, os meios de transmissão e as técnicas que, após um "contato suspeito", poderiam evitar o contágio (*apud* Machado, 1915:43-47).

Em 1906, com a criação da Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, empreendimento semelhante surgia independentemente em São Paulo. A "empresa altamente filantrópica e patriótica", conforme a designa o prestigioso *Brazil-Médico*, tinha como principal objetivo, segundo seus estatutos, "...lutar por todos os meios contra o alcoolismo e contra a disseminação das moléstias venéreas e sífilis, que se alastram atualmente por mais da metade do nosso povo, causando reais prejuízos ao indivíduo, em particular, e aos seus descendentes, em geral, e, portanto, à família e à nação" (*Brazil-Médico*, ano XX, nº 25, 1906, p.262).

À frente da liga estava o jovem médico paulista Cláudio de Souza que, depois dessa primeira incursão no âmbito da *luta antivenérea*, se transformaria em conhecido nome do cenário literário da primeira metade do século XX.[27] Desde o início, a liga contava com o apoio de particulares e de autoridades da capital paulistana. Sua principal atividade consistiu na manutenção de um dispensário, o Dispensário Dr. Cláudio de Souza, para tratamento gratuito de *alcoólatras*, *sifilíticos* e *venéreos pobres*. O serviço para *alcoólatras* do dispensário estava a cargo do médico Domingos Jaguaribe que, como método terapêutico, empregava o hipnotismo. Já o tratamento contra a *sífilis* realizava-se "com todo o rigorismo da prática moderna, por meio de injeções mercuriais" (Souza, 1906b:4).[28] Celebrada em julho de 1906, a cerimônia de inauguração do dispensário contou com as presenças do presidente do estado de São Paulo, Jorge Tybiriçá, de secretários do governo, de representantes da Câmara Municipal e de "altas autoridades eclesiásticas e civis", conforme consta na folha de rosto do panfleto que se publicaria em seguida, divulgando os discursos então

---

[27] A composição inicial da diretoria da liga era a seguinte: Cláudio de Souza – diretor-fundador, Bueno de Miranda – presidente, monsenhor Passalácqua – vice-presidente; Cláudio de Souza – vice-presidente, Luis Pinto Cardoso – tesoureiro, René Thiollier – 2º secretário. Quando de sua inauguração, a liga tinha como presidente honorário o arcediago Francisco de Paula Rodrigues (Souza, 1906b).

[28] Para que se tenha uma idéia das atividades desenvolvidas no dispensário e da população que atingia, temos que, durante o ano de 1908, 243 doentes foram matriculados, sendo 203 homens, 36 mulheres, 4 crianças. Destes, 120 eram brasileiros, 81 italianos, 17 portugueses, 15 espanhóis, 4 árabes, 1 argentino, 2 belgas e 3 austríacos. Eram 150 os solteiros, 8 viúvos e 85 casados. Foram em número de 153 os casos de *doenças venéreas* e 36 de *alcoolismo*. Para tratá-los, expediram-se 1.095 receitas e realizaram-se 1.100 consultas, 989 curativos e injeções mercuriais, 25 operações e, finalmente, 420 sessões de hipnotismo (Idem, 1909b).

proferidos por Cláudio de Souza e Bueno de Miranda (Souza, 1906a). Souza exortava os paulistas a aderirem à uma nova "bandeira": "bandeira da ressurreição de um povo, da reabilitação de uma raça, da consolidação definitiva de uma pátria invicta!" (Idem, 18). Durante sua existência, ou seja, de 1906 até 1909, a liga recebeu auxílios que provinham de doações de padres, monsenhores, coronéis e especialmente do Conselho Superior das Damas de Caridade. Contava ainda com as mensalidades dos sócios (eram 180, nos cinco primeiros meses de funcionamento) e subvenções dos tesouros municipal e estadual (Idem).

Em finais de 1909, realizava-se a quarta assembléia geral e, em seu discurso (na verdade, um relatório referente ao "movimento social" de 1907/1908), Cláudio de Souza afirmava não se tratar de uma data alegre, dada "a indiferença com que são olhados os nossos esforços e o pequeno número de combatentes que restam em nossa falange" (Idem, 3). Dos quase duzentos associados sobravam cem, e apenas uma dezena contribuía com algo além da mensalidade, comparecendo às reuniões ou ocupando-se de alguma função executiva. A liga tinha dificuldades financeiras para manter o dispensário e não tinha meios para cumprir a parte mais importante de seu programa: a construção e manutenção de um asilo para "reeducação moral de alcoolistas e prostitutas". Segundo Cláudio de Souza, sem o asilo, a existência do dispensário quase não se justificava, pois "as mulheres de costumes fáceis (...) pouco depois de receberem a nossa injeção de dois centímetros cúbicos de mercúrio, vão infectar em maior escala a sua sífilis à mocidade inexperiente para poderem ganhar o seu sustento" (Souza, 1909b:10).

Como se vê, na primeira década do século XX, empreendimentos como a liga paulistana ou a sociedade carioca são um absoluto fracasso entre nós. Nesse sentido, a trajetória da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral me parece exemplar, pois seu fracasso é ainda mais significativo se comparado ao sucesso de suas congêneres francesa e norte-americana.

Segundo Brandt, fundada por Prince Morrow, em 1905 (somente quatro anos depois da sua "irmã" brasileira), a *American Society for Sanitary and Moral Prophylaxis* viu seu número de associados dobrar entre 1906 e 1910, indo de 344 para 700, dos quais 30% eram mulheres (Brandt, 1985:24-25). Na França, segundo Corbin, a *Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale* – fundada em 1901, por Alfred Fournier – contava, já em seu primeiro ano de vida, com 395 associados (doze mulheres) (Corbin, 1977:256). É interessante notar que, no âmbito da *luta antivenérea*, as duas sociedades tinham orientações políticas bem definidas. Nos Estados Unidos, atraindo, além dos

médicos, reformadores morais, grupos de caridade e religiosos, a *Society for Sanitary and Moral Prophylaxis* era claramente *abolicionista* e, segundo Brandt, considerava "educação e publicidade como uma força radical, uma espécie de panacéia" (Brandt, 1985:25). Já a *Société Française* era claramente *neo-regulamentarista*, tendo tido, segundo Corbin, papel fundamental na manutenção da regulamentação na França.

Muitas hipóteses sobre o fracasso brasileiro foram, à época, aventadas. Para alguns, ele traduzia a falta de interesse das autoridades. Para outros, a falta de interesse da classe médica e da população em geral. Em 1910, por exemplo, na introdução à sua tradução da obra de Fournier (1910), Tiago Guimarães dizia que a Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral extinguiu-se por falta de apoio da administração pública. Em 1913, Alfredo Porto dizia que o problema teria sido o desinteresse do público em geral e dos associados (Porto, 1913). Para Werneck Machado, o fracasso deveu-se sobretudo ao "indiferentismo oficial" (Machado, 1913). Sem desqualificar tais hipóteses, pode-se explicar a imobilidade da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral também por razões de ordem propriamente política. Em marcado contraste com suas "irmãs" americana e francesa, a sociedade brasileira não parece ter sido hegemonicamente controlada, nem por *abolicionistas*, nem por *regulamentaristas*, contando, entre seus membros, insignes representantes dos dois grupos. Ao que parece, as tentativas de mobilizar a sociedade civil e os poderes públicos se viam bastante comprometidas pelas mesmas divergências que dilaceravam o meio científico.

A segunda década do século XX vê surgirem novas iniciativas, principalmente depois de iniciado o conflito mundial de 1914, durante o qual a profilaxia das *doenças venéreas* nos exércitos tornou-se definitivamente um "interesse de Estado". Foi exatamente em 1914 que o médico do Exército Arthur Lobo da Silva teria iniciado "forte campanha" contra as *doenças venéreas*, através da publicação de estatísticas, da realização de conferências e do estabelecimento de entendimentos entre a Diretoria de Saúde da Guerra e a saúde pública.

No Rio de Janeiro, em 1919, também sob a direção do sifilógrafo Werneck Machado, foi fundado o **Dispensário Ubaldino do Amaral**, mantido com fundos doados por Ubaldino do Amaral Fontoura (Coni, 1922:56). Em São Paulo, em 1918, por iniciativa dos estudantes da Faculdade de Medicina e Cirurgia, surgia a **Liga de Combate à Sífilis**, que, com o apoio do Serviço Sanitário do estado (então a cargo do conhecido sanitarista Artur Neiva), da Santa Casa e de sifilógrafos,

como Aguiar Pupo e Humberto Cerruti, passou a manter alguns dispensários na capital para o tratamento de indigentes e funcionários públicos (Germeck, 1941).[29]

As iniciativas propriamente oficiais são poucas durante esse período. A única de que se tem conhecimento foi a empreendida pelo governo do estado do Paraná, em 1918. Grande defensor das idéias *regulamentaristas*, como vimos, o sanitarista de Manguinhos Heráclides César de Souza Araújo foi nomeado um dos chefes do Serviço de Profilaxia Rural[30] de seu estado natal, encarregando-se de fundar o **Dispensário Anti-sifilítico de Curitiba** – primeiro serviço do gênero mantido exclusivamente pelos poderes públicos – e de elaborar seu regulamento interno. Quanto às *doenças venéreas*, tal regulamento inspirava-se amplamente no sistema uruguaio, que Heráclides César de Souza Araújo teria tido a oportunidade de examinar pessoalmente em finais de 1915 e início de 1918 (Araújo, 1922:173).

O regulamento do Paraná adotava a notificação obrigatória e confidencial da moléstia, fornecia atestados pré-nupciais, obrigava as prostitutas a comparecerem a exames semanais no dispensário e instituía o tratamento obrigatório para as contaminadas. Além disso, estabelecia uma multa para as prostitutas que faltassem aos exames. Tal multa podia ser quintuplicada para as que fossem denunciadas como fonte de infecção *sifilítica*.

Inicialmente, a política *antivenérea* que Souza Araújo implantava no Paraná encontrou séria oposição de um outro chefe da Profilaxia Rural do estado, José Gomes de Faria. Segundo Souza Araújo, por ser um "abolicionista furibundo", Gomes de Faria teria combatido "tenazmente" o exame sistemático das prostitutas (Idem, 175). Porém, já em 1919, Gomes de Faria voltava para Manguinhos, deixando o caminho livre para Souza Araújo. Através de acordo com a polícia civil, o sanitarista criou então o **Serviço Higiênico-Policial das Meretrizes**, encarregado de recensear, identificar e fornecer às meretrizes uma "caderneta de identidade especial", na qual os médicos registravam seu estado de saúde (Idem). No Dispensário Anti-sifilítico de Curitiba, as prostitutas somente podiam ser atendidas, segundo o regulamento interno, se apresentassem as cadernetas da polícia ou caso declarassem "espontaneamente" exercerem o meretrício, mesmo que clandestinamente (*apud* Araújo, 1922:176). Para as *contagiantes*, o tratamento era gratuito e a

[29] Ainda hoje atuante em São Paulo, a Liga de Combate à Sífilis forneceu à população da cidade por largo período, conforme se diz em 1941, serviços da mesma ordem de grandeza que os prestados pelos dispensários do estado. No período que se estende de 1920 até 1939, teria atendido 21.717 *sifilíticos* (Germeck, 1941).

[30] Conforme Castro-Santos, destinado a se transformar em poucos anos no principal instrumento de intervenção federal junto aos estados brasileiros, o Serviço de Profilaxia Rural foi criado no último ano do governo Venceslau Brás (1918) e tinha como principal objetivo a erradicação da *malária*, da *doença de Chagas* e das *verminoses* entre as populações rurais do país (Castro-Santos, 1987:143).

hospitalização obrigatória, podendo as autoridades sanitárias "em casos excepcionais" solicitar à polícia medidas coercitivas afim de obrigar as meretrizes refratárias a comparecerem ao exame, ou o fechamento de prostíbulos, cujas proprietárias fossem "insubmissas", ou seja, não cadastradas pela polícia, ou cujas casas estivessem em condições anti-higiênicas ou fossem habitadas por várias "mulheres interditas" (Idem, 176). *Boa*, *suspeita* ou *interdita* eram os qualificativos que a saúde pública do estado, segundo os resultados dos exames, increvia na caderneta que o então criado Serviço Higiênico-Policial de Meretrizes fornecia às prostitutas no momento em que as identificava.

Segundo Souza Araújo, já em 1920, os resultados positivos de sua política no Paraná seriam evidentes: "Os despeitados e os abolicionistas viraram o nariz (...) para não verem o desmentido das suas tristes previsões" (Idem, 177). Como se vê, o conflito entre os especialistas também penetrava no interior dos próprios serviços *antivenéreos* que se tentou instalar antes da década de 1920, comprometendo ou dificultando sua atuação.

O sistema paranaense iria ser transplantado sem alteração significativa para o Pará entre 1920 e 1921, momento em que, no nível federal, surgia, como veremos a seguir, uma legislação sanitária marcadamente *anti-regulamentarista*. E as experiências *regulamentaristas* de Souza Araújo logo se chocariam com as novas diretrizes nacionais da *luta antivenérea*, formuladas por Eduardo Rabelo e explicitadas no Regulamento Sanitário de 1920. Tal regulamento inaugurava o que me parece ter sido o apogeu da *luta antivenérea* no Brasil, através da constituição de um extenso sistema de profilaxia articulado pelo governo central. Aparentemente, as intermináveis querelas entre *abolicionistas* e *regulamentaristas* começavam a ser superadas. Assumindo, como vimos, posições estratégicas em instituições científicas e acadêmicas, um grupo bastante coeso de sifilógrafos, organizado desde 1912 em torno da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, conseguia formular uma "solução" a um só tempo pragmática e conciliadora para o *problema venéreo* brasileiro. Ao longo do que se segue, irei analisar mais detalhadamente as medidas implementadas durante a década de 1920 e os acordos implícitos que, articulando elementos dos diferentes modelos de ação em jogo, possibilitariam a implementação da primeira política global relativa às *doenças venéreas*, no Brasil.

Um regulamento anti-regulamentarista?

Coroando o intenso movimento em favor do saneamento do país, desencadeado principalmente a partir da Primeira Grande Guerra, o médico Carlos Chagas – então diretor do Instituto Oswaldo Cruz –, promo-

veu, sob a presidência de Epitácio Pessoa, a unificação e centralização dos serviços de higiene e saúde pública, criando, no âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o **Departamento Nacional de Saúde Pública**. Não se trata aqui de explorar todo o complexo processo que resultou na centralização dos serviços de saúde brasileiros naquele momento, contribuindo para instrumentalizar uma intervenção mais efetiva do governo federal junto aos poderes estaduais. Segundo argumenta o sociólogo Luiz Antônio de Castro Santos, apoiado na poderosa ideologia nacionalista e salvacionista que se gestou lentamente desde os primeiros anos da República Velha e cujos aspectos relevantes para esta pesquisa foram por mim ressaltados (ver *Uma Sífilis Brasileira?*, cap. 2), este processo significou em larga medida a submissão progressiva das diferentes oligarquias locais e de seus interesses imediatos às perspectivas de desenvolvimento mais globais, geradas sobretudo a partir dos grandes centros urbanos do centro-sul do país. Como diz Castro-Santos, "Além de contribuir para a construção da nação [*nation-building*], a reforma sanitária foi também importante para o processo de construção do Estado [*state-building*] brasileiro. Os anos 1920 testemunharam um movimento em direção a uma crescente intervenção federal em várias áreas das políticas públicas. A organização de campanhas sanitárias e a expansão dos serviços públicos de saúde deram mais ímpeto ao movimento. De um lado, os programas de reforma sanitária aceleraram o crescimento da burocracia federal e tornaram mais importante o papel do Tesouro junto as finanças internas de cada estado. De outro, como resultado da expansão do setor de saúde pública, grande parte do clientelismo político caiu nas mãos da burocracia do governo central" (Castro-Santos, 1987:150). O Regulamento Sanitário de 1920, que promovia tal reforma, criava também a **Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas**, diretamente anexada à Diretoria Geral do departamento (*dec. nº 14.354 de 15/09/1920*, art. 93) e sob a chefia do sifilógrafo Eduardo Rabelo. Cristalizando suas ecléticas idéias sobre profilaxia das *doenças venéreas*, o Regulamento Sanitário de 1920 não apenas criava um órgão central para coordenar e implementar a *luta* em todo o país, mas também estabelecia minuciosamente as diretrizes básicas que deveriam orientá-la.

As atribuições mais gerais da inspetoria eram a fiscalização dos serviços e a orientação técnica a ser seguida por eles em todo o território nacional (Idem, art. 132). No Distrito Federal e no então território do Acre, tais serviços seriam executados diretamente pela inspetoria. Nos outros estados, mediante acordo com os governos ou administrações locais, através das comissões de saneamento e de profilaxia rural (Idem, art. 134), subordinadas à Diretoria de Profilaxia Rural, inicialmente colocada

sob a direção do sanitarista Belisário Pena. Para Oscar da Silva Araújo foi por medida de economia que se escolheu a Diretoria de Saneamento Rural como veículo da política *antivenérea* federal (Araújo, 1927:4). Nessas comissões, haveria sempre um inspetor sanitário, escolhido pela inspetoria entre os especialistas em *lepra* e *doenças venéreas* e exclusivamente designado para dirigir os serviços de profilaxia dessas moléstias (Idem, art. 135).[31] A inspetoria devia ainda entrar em acordo com o Exército, Marinha, Polícias Estaduais, Corpo de Bombeiros e Corporações de Marinha Mercante para organizar um plano uniforme de profilaxia, principalmente nas cidades onde houvesse maior guarnição e nos principais portos (Idem, art. 501). Além disso, deveria se ocupar do diagnóstico e tratamento das *doenças venéreas* em pessoas sob guarda ou dependência do Estado, como presidiários e alienados asilados (Idem, art. 502).

A base da profilaxia proposta assentava-se sobre dois pilares: uma ampla **campanha de propaganda e educação higiênica** (individual e coletiva) e o **tratamento profilático dos doentes** (o mais generalizado possível) em dispensários e hospitais especializados. Assim, a profilaxia das *doenças venéreas* e das outras doenças infecciosas deveria ter uma mesma base sanitária, visando, de um lado, impedir o contágio através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos doentes e, de outro, proteger os indivíduos sãos, esclarecendo-os quanto aos perigos que corriam e expunham sua descendência. Como se vê, aparentemente, um plano profilático orientado sobretudo por idéias *abolicionistas*, no qual em nenhum momento as palavras prostituta ou prostituição eram mencionadas.

A análise mais detida da legislação revela, entretanto, algumas conciliações cruciais, já presentes nas formulações de Eduardo Rabelo, conforme apresentadas anteriormente. Em um nível, a nova legislação colocava-se a meio caminho entre *abolicionismo* e *regulamentarismo*. Em outro, procurava, ao menos formalmente, articular as duas principais correntes do *abolicionismo*. Do meu ponto de vista, em larga medida, foram tais conciliações que, neutralizando as terríveis divergências presentes no campo da *luta antivenérea*, tornaram possível a concretização deste empreendimento sanitário.

Consideremos inicialmente a articulação formal e estratégica das duas variantes do modelo pedagógico-disciplinar. Segundo a nova lei, a primeira informação veiculada deveria ser no sentido de "indicar como principal medida de prevenção **o afastamento dos focos de infecção venérea**", implicitamente, de se evitarem relações sexuais pré ou extra-

[31] Como atestaria, alguns anos mais tarde, Silva Araújo, "a função de inspetor técnico é sempre confiada a um médico especializado e, onde existe faculdade de medicina, escolhe-se de preferência o professor de sifilografia" (Araújo, 1928b:14).

conjugais, sobretudo com prostitutas (Idem, art. 526, grifo meu). Era exatamente o que propunha a versão mais moralizante do modelo pedagódico. Porém, além disso, os médicos deveriam também, segundo o mesmo regulamento, "tornar conhecida, **por todos os meios possíveis**, a importância preventiva da desinfecção após os riscos de infecção, facilitando a sua prática" (Idem, grifo meu). Ou seja, disseminar o conhecimento das técnicas de prevenção, as pomadas e soluções desinfectantes a serem utilizadas após as relações sexuais. Como já vimos, para os *moralistas* a divulgação de tal conhecimento era considerada tão perigosa quanto a própria regulamentação do meretrício, pois ensinava aos "adeptos" da *libertinagem* a praticá-la sem riscos para a saúde. Como acontecia de um modo geral, também aqui, a campanha educativa prevista pelo regulamento dirigia-se, sem assumi-lo explicitamente, aos homens. Eram eles que deveriam se afastar dos focos de infecção, acreditar nas vantagens da continência e utilizar métodos preventivos, cuja técnica, aliás, adequava-se apenas à anatomia do seu corpo.

A outra base do sistema seria a generalização do tratamento profilático gratuito, ou seja, tratamento até a cicatrização das lesões contagiantes. A análise da prosposta relativa à terapia nos revela outras conciliações interessantes. Segundo o regulamento, a cura dos *venéreos*, sobretudo dos *contagiantes*, seria feita preferencialmente em ambulatórios ou dispensários (Idem, art. 505), que deveriam ser "acessíveis", "discretos", destinados às doenças de pele em geral e atender os pacientes em horários diferentes, segundo seu "sexo" e "condição social" (Idem, art. 510). Tais dispensários ficariam a cargo da inspetoria ou anexados a hospitais ou maternidades "idôneos e conceituados", subvencionados pelo governo e fiscalizados pela inspetoria (Idem, art. 506). Enquanto o doente permanecesse contagioso, os dispensários deveriam atender a todos gratuitamente. Passado o perigo, os que tivessem posses seriam encaminhados a clínicos particulares, merecendo os outros a assistência pública até a possível cura. Além de um pequeno laboratório para diagnóstico microscópico, os dispensários deveriam dispor de meios terapêuticos eficientes (salvarsan e seus sucedâneos) "para obter a cicatrização pronta das lesões contagiantes". Os nomes dos doentes seriam mantidos em sigilo e "cadernetas de tratamento" seriam fornecidas a todos os matriculados para que a longa terapia (quatro anos na melhor das hipóteses) pudesse ser acompanhada por diferentes médicos (Idem, art. 520).

Aos dispensários seria ainda anexado um "serviço social" com "enfermeiras visitadoras". Tal "serviço" era central ao sistema de profilaxia proposto, pois o regulamento recomendava às autoridades sanitárias que empregassem "todos os meios razoáveis" para descobrir os casos de *doença venérea* em estado de contágio, procurando "convencer os pacientes por

meios suasórios da necessidade de fazer a cura profilática", nos dispensários e hospitais (Idem, art. 498). Além disso, determinava que "as pessoas de **ambos os sexos** que, pelos seus hábitos, meio de vida, ou por outra qualquer causa evidente, se tornem suspeitas de estar infectadas ou de veicular os germes daquelas doenças, e **as que forem aptas a mais facilmente transmiti-las** merecerão cuidados especiais da autoridade sanitária" (Idem, art. 499, grifos meus).

Tais "cuidados especiais" consistiriam justamente na procura freqüente (eram previstas visitas domiciliares bi-semanais) dos "suspeitos" pelas enfermeiras visitadoras, com o fim de convencê-los por "meios suasórios" da necessidade de se dirigirem aos novos dispensários e aos hospitais para serem diagnosticados e, caso necessário, submeterem-se ao devido tratamento (Idem, art. 500).

Não é difícil perceber que, embora formalmente dirigida a pessoas de "ambos os sexos", o regulamento previa um regime especial para as prostitutas. Certamente, "por seus hábitos" e "meio de vida", elas eram "as mais suspeitas de estar infectadas ou de veicular os germes" das *doenças venéreas*. Segundo seu autoproclamado espírito "brando" e "liberal", o regulamento estabelecia como princípio o tratamento ambulatorial. Porém, não deixava também de prever que "sempre que for preciso deverá ser proposto ao doente contagiante, pela autoridade sanitária que o examinar ou pelo médico do dispensário, o isolamento no hospital, devendo para isto serem empregados todos os meios suasórios" (Idem, art. 524).

Os *venéreos* internados somente teriam alta quando não mais oferecessem risco de contágio. Finalmente, rezava o regulamento que somente "em **casos excepcionais de grandes riscos de propagação** e com referência a doentes de **qualquer sexo ou idade** que recusem o tratamento ambulatório, será obrigatório o isolamento, de acordo com os dispositivos legais que regulam a matéria no que se refere às outras doenças contagiosas..." (Idem, grifo meu).

É certo que os sifilógrafos irão insistir que artigos, como o referente ao internamento obrigatório para casos de excepcional perigo, não se endereçavam às prostitutas. Em 1928, por exemplo, ao reportar o andamento da *luta antivenérea* brasileira na Faculdade de Medicina de Paris, o então inspetor-geral Oscar da Silva Araújo comentava a possibilidade de internamento obrigatório, dizendo: "Entretanto, mesmo nesse último caso, não existe qualquer medida unilateral contra uma classe de indivíduos, pois a mesma medida pode ser imposta a qualquer doente, sem interessar seu sexo ou sua idade. Trata-se portanto de medida sanitária de direito comum, idêntica a que é observada no caso das outras doenças infeccio-

sas." (Araújo, 1928b:16). Porém, mesmo descartando explicitamente a regulamentação da prostituição, a legislação elaborada por Eduardo Rabelo e seus auxiliares não deixava de fornecer alguns instrumentos para que as prostitutas fossem colocadas em regime sanitário especial. O serviço de visitadoras se encarregaria de ir ao seu encontro e as convenceria a se inscreverem em um dispensário, a serem examinadas e tratadas. Se os tão enfatizados "meios suasórios" falhassem, elas poderiam ser internadas obrigatoriamente até estarem curadas ou, ao menos, "desinfectadas", ou seja, com as lesões contagiantes cicatrizadas.

Como se vê, embora não estivesse no centro da intervenção proposta, a coerção velava da "periferia" o bom funcionamento do sistema. Apesar disso, diante do que se fazia à mesma época nos Estados Unidos ou nos países *regulamentaristas*, o caráter brando do regulamento brasileiro é, sem nenhuma dúvida, notável, justificando o fato de ter sido considerado um marco na "história do progresso" da medicina (Ribeiro, 1931:120); um exemplo, posteriormente seguido por outras nações da Europa e da América. Embora o Regulamento Sanitário de 1920 estabelecesse a notificação obrigatória de vinte doenças, entre as quais a *lepra*, a *peste*, a *febre amarela*, a *varíola*, a *cólera*, a *tuberculose aberta*, a *leishmaniose* etc. (*dec. nº 14.354 de 15/09/1920*, art. 261), não se adotava o exame, a notificação e a hospitalização obrigatórias no caso das *doenças venéreas*. Tampouco se procurava instituir a obrigatoriedade do exame pré-nupcial que devia ser apenas incentivado também por meios persuasórios, embora alguns sifilógrafos se declarassem francamente partidários da obrigatoriedade. Era o caso, por exemplo, de Eduardo Rabelo que, em conferência aos jovens realizada em 1922, dizia ser necessário formar uma "corrente de opinião" favorável à reforma do Código Civil de 1916. Além disso, revelando claramente que tal lei visava os homens, dizia também que, enquanto não se reformava o Código, os pais deviam ser instados a "exigir **dos futuros genros** as necessárias seguranças para um casamento sadio" (Rabelo, 1922:144, grifo meu). Segundo o regulamento, durante a campanha educativa, o médico deveria "chamar especial atenção para os perigos oriundos do casamento com indivíduos afetados de doença venérea, fazendo sobressair o dever dos pais e dos tutores de exigir cônjuges sãos para os seus filhos ou tutelados" (*dec. nº 14.354 de 15/09/1920*, art. 526).

Nesse sentido, os médicos da inspetoria estavam autorizados a fornecer atestado de saúde, com "declaração de garantia relativa", desde que não houvesse receio de que tais atestados pudessem facilitar "oportunidades eventuais de contaminação" (Idem, art. 519). Ou seja, desde que não fossem utilizados por prostitutas para atestarem sua saúde junto aos seus clientes.

É interessante notar que o autoproclamado "liberalismo" da política *antivenérea* brasileira dos anos 20 jamais foi apresentado como uma questão de princípio por seus formuladores e gestores. Em finais da década, o inspetor-geral Oscar da Silva Araújo diria que a notificação compulsória e o tratamento obrigatório só não tinham sido imediatamente previstos no regulamento por não parecerem oportunas tais medidas em um país onde, pela primeira vez, se legislava sobre essas doenças. Era preciso esclarecer para depois reprimir com justiça. Além disso, lembrava Araújo, a hospitalização obrigatória exigia um aparelhamento completo e dispendioso, cuja organização não se podia improvisar rapidamente. Sobre o caráter estratégico e pragmático desse "liberalismo", Araújo seria ainda mais explícito em conferência proferida na Faculdade de Medicina de Paris, em 1928: "As medidas iniciais adotadas por cada país para combater o flagelo devem ser as mais liberais possíveis. Métodos coercitivos só devem ser colocados em prática depois de um trabalho prévio de preparação, quer dizer, depois de uma campanha bem organizada e intensiva de educação e persuasão" (Araújo, 1928b:10).

As reações à nova política *antivenérea* não se fizeram esperar. Vinham, como se pode imaginar, tanto de *regulamentaristas*, quanto de *abolicionistas*. Durante os meses de agosto e setembro de 1920, a Academia Nacional de Medicina discutiu as novas medidas e a polêmica se estenderia ao *Brazil-Médico* que, em editorial, criticava alguns aspectos do novo Regulamento Sanitário relativos à profilaxia da *lepra* e das *doenças venéreas*.[32] A discussão parece ter girado sobretudo em torno da profilaxia da *lepra*, em relação a qual Rabelo era acusado de ter sido muito "liberal" por não ter generalizado o isolamento nosocomial compulsório, deixando aberta a possibilidade de isolamento domiciliar em certos casos (Rabelo, 1920). Apesar disso, Rabelo é também obrigado a se defender da acusação de ter regulamentado a prostituição no país. A esse respeito, na Academia Nacional de Medicina, Rabelo declararia com razão que, na nova legislação, não havia nenhuma das medidas essenciais ao *regulamentarismo*: inscrição da prostituta como profissional, seu exame e isolamento obrigatórios ou a perseguição das clandestinas. Além disso, segundo dizia, "não existe regulamentação porque não foi estatuído a menor penalidade para os que não se submeterem à campanha de educação higiênica antivenérea, única coisa de que cogita o regulamento nesse caso das prostitutas e de todos os outros, homens, mulheres e crianças mais perigosas ao contágio" (*Brazil-Médico*, ano XXXIV, nº 34, p.562).

[32] Ver, sobretudo, *Brazil-Médico*, ano XXXIV, nº 33, 34, 35 e 37, 1920. A conferência que, em resposta às críticas recebidas, Eduardo Rabelo realizou na Academia Nacional de Medicina foram transcritas na terceira página do *Correio da Manhã* de 14 e 15 de agosto de 1920.

Para Rabelo, a legislação *antivenérea* brasileira era "a lei mais liberal do mundo" (Idem). E, note-se, era justamente esse caráter excessivamente "liberal" que motivava críticos de outro feitio. Favorável, como vimos, à notificação e hospitalização obrigatórias das *doenças venéreas* e à regulamentação da prostituição, Heráclides César de Souza Araújo lastimava, no extenso relatório publicado no início de 1922, o fato de o regulamento ser "brando" demais quanto à fiscalização do meretrício. Revelando a posição em que colocava as "decaídas", Heráclides C. de Souza Araújo declarava em relação à regulamentação que, imprescindível, tal medida teria "o mesmo valor que a desratização na profilaxia da peste" (Araújo, 1922:180). Segundo dizia, o novo regulamento tornava quase impossível a execução de medidas eficazes: "Foi sempre esta a minha opinião a respeito desta parte do magnífico regulamento sanitário em vigor, tendo-a externado francamente ao exmo. sr. diretor geral do departamento, dr. Carlos Chagas, logo que foi publicado, fazendo-lhe ver que no Paraná o nosso serviço obedecia a uma orientação mais rigorosa, que ele mandou conservar em virtude do prestígio que nos dispensava o governo do estado" (Idem).

Indicado pelo próprio Rabelo para implementar a profilaxia *antivenérea* no Pará, Heráclides C. de Souza Araújo interpretaria os dispositivos do novo Regulamento Sanitário como lhe convinha, reproduzindo no estado do Norte o que já havia feito no Paraná. Em junho de 1921, o sanitarista inaugurava, no antigo prédio do Instituto Pasteur de Belém, o **Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas**. Ao Instituto, subordinavam-se: dispensários – onde homens, mulheres, crianças e prostitutas eram atendidas separadamente –, um pequeno laboratório para diagnósticos, um serviço de propaganda e fiscalização, um serviço de assistência sanitária domiciliar e, finalmente, um hospital para prostitutas contagiantes – o **Asilo das Madalenas**. Chegando a ter oitenta leitos, o Asilo das Madalenas começou a funcionar, em agosto de 1921, no antigo hospital estadual de isolamento de *variolosos*. Tal hospital estava a cargo de religiosas que foram rapidamente expulsas do estabelecimento por se recusarem, segundo Souza Araújo, "a servir de enfermeiras de meretrizes" (Araújo, 1922:183).

Como no Paraná, à polícia paraense cabia um papel fundamental em todo o sistema, sendo sua intervenção prevista até mesmo no regulamento interno do Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas. Segundo tal regulamento interno, conforme acordo lavrado com respectivo chefe, competiria à polícia civil: "Recensear, identificar e localizar as meretrizes públicas; procurar descobrir as clandestinas para submetê-las a vigilância sanitária, independentemente da identificação; proteger as menores nas ruas e por toda a parte; combater rigorosamente o proxenetismo; auxiliar

as autoridades sanitárias na descoberta das meretrizes enfermas e proibi-las de exercerem a profissão; fiscalizar as meretrizes interditas que por qualquer circunstância ficarem em domicílio" (*apud* Araújo, 1922:189).

Além disso, a polícia deveria impedir que as meretrizes identificadas se mudassem para fora da zona urbana designada para o exercício da prostituição ou que faltassem aos exames médicos nos dias indicados em "cadernetas de prostituta", que lhes seriam fornecidas pela polícia no momento da identificação. Deveria ainda conduzir ao dispensário da manhã as meretrizes clandestinas, encontradas em lugares suspeitos, identificando-as como públicas, desde que fossem apanhadas três vezes em casas de tolerância. Ainda segundo o regulamento interno do Instituto, as prostitutas ficavam sujeitas a exame médico semanal. Caso faltassem sem justificação ao exame, seriam procuradas por um agente sanitário, que tinha formalmente o poder de um guarda civil. Caso estivesse *boa*, a prostituta seria reconduzida ao dispensário para os exames regulares. Se estivesse doente e não devesse, segundo o médico, continuar a exercer o meretrício, a prostituta seria declarada *interdita* e isolada obrigatoriamente no Asilo das Madalenas. Se os agentes da saúde pública não encontrassem a faltosa, no dia seguinte a imprensa local a declararia *suspeita* e, mantendo sigilo sobre seu nome, publicaria, entretanto, o número do seu prontuário e o de sua residência. Ainda segundo o mesmo regulamento, cabia finalmente à meretriz "examinar rigorosamente os seus clientes e recusá-los em caso de desconfiança de doença" e avisar à polícia civil sempre que mudassem de residência (Idem, 190). Executados nesses moldes, os serviços de profilaxia do Pará atingiriam 8.710 indivíduos entre 1921 e 1922.[33]

Até finais de 1922, Heráclides César de Souza Araújo procurou a todo custo mostrar as vantagens do sistema "mais rigoroso" que acabava de implantar no Pará e sua perfeita adequação às novas leis vigentes. Porém, a discrepância entre as diretrizes federais e as implantadas no Pará é evidente, gerando conflitos em Belém e no Distrito Federal.

Alguns dos conflitos locais transparecem claramente na contribuição do médico Hilário Gurjão – diretor do Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas do Pará – ao relatório que Souza Araújo fez publicar em 1922. Francamente adepto do *regulamentarismo*, Gurjão afirmava que a imprensa local vinha injustamente atacando a orientação seguida por Souza Araújo, através de alguns casos que haviam ganhando certa repercussão. Em apoio, cita dois *habeas-corpus* pedidos em favor de mulheres,

[33] Desses 8.710 doentes, 4.305 eram homens, 3.083 mulheres e 1.322 crianças. Entre os *sifilíticos*, havia 711 homens e 641 mulheres. O número de prostitutas submetidas a controle médico-policial foi de 732 (Araújo, 1923:16-17).

em 1921, junto à justiça federal. No primeiro pedido, Julieta Pettini, "sendo casada e não exercendo o meretrício", se dizia coagida pela polícia a tirar "caderneta de prostituta". Notificado pelo juiz, o chefe de polícia informava duramente que se tratava de "uma prostituta de bordel, sobre quem a polícia tem o dever inconfundível de exercer severa fiscalização, procurando evitar tantos atos que a sociedade não se cansa de repetir nocivos e abomináveis" (Gurjão, 1922:244).

Interpretando tendenciosamente a nova legislação sanitária, a polícia afirmava que, sobre Julieta, não teria havido qualquer coação ilegal, pois o Regulamento Sanitário previa "cuidados especiais" para todos os suspeitos de estarem contaminados ou transmitirem *doenças venéreas*, como seria o caso de Julieta. Do ponto de vista do regulamento interno do serviço *antivenéreo* do Pará, as mulheres que, consideradas prostitutas, não se submetessem à inscrição policial e aos exames médicos semanais eram passíveis de multas, cujos valores seriam crescentes no caso de reincidência. Ainda segundo o chefe de polícia, "é isso o que faz a polícia civil, auxiliando com o seu esforço, de modo brando e até liberal, para o efetivo cumprimento do dever legal, imposto à comissão de profilaxia: inscreve, registra e convida à satisfação da lei, em benefício da própria requerida, e mais que tudo da sociedade, que não pode estar à mercê do descuido e do vício" (Idem, 243).

Contra as pretensões de Julieta, Souza Araújo também notificava ao juiz que se tratava de uma prostituta "*soi-disant chic*", que, em São Paulo e Belém, "sempre exerceu o meretrício publicamente", estando, portanto, sob "cuidados especiais", como rezava o Regulamento Sanitário federal. Da parte da profilaxia, informava, não teria havido qualquer intimação, pois todo o "serviço externo" estava a cargo da polícia. E tal procedimento, enfatiza, teria a anuência de Belisário Pena – diretor-geral da Profilaxia Rural (Idem, 244-45).[34]

No segundo pedido de *habeas corpus*, vinha Maria de Lourdes Nogueira afirmar que estava "sofrendo constrangimento ilegal concernente à livre escolha de lugar para sua residência, assim como coagida em sua pessoa por querer a mesma inspetoria submetê-la a exame de verificação de doenças venéreas" (Idem, 246).

Nesse caso, o chefe de polícia informava ao juiz federal, a quem fora enviado o pedido de *habeas-corpus*, que a localização das meretrizes era atinente à esfera estadual, tendo sido colocada em prática no Pará "em

[34] Efetivamente, no corpo do relatório de 1922, Souza Araújo reproduz alguns telegramas de Belisário Pena em apoio às medidas por ele adotadas. E, como veremos, a posição pró-regulamentação de outro médico ligado a Pena traz fortes evidências de que o polêmico sanitarista era favorável ao *sistema francês*.

benefício da sociedade em geral e em particular da família paraense". Por seu lado, Souza Araújo informava que seu serviço nada tinha a ver com a localização de prostitutas, a cargo, em Belém, da polícia civil, "como em todas as cidades bem organizadas". Dizia ainda o sanitarista não haver ainda "intimado" Maria de Lourdes, "apesar de, na qualidade de meretriz pública, ser suspeita de estar infectada ou de veicular germens" das *doenças venéreas*, "nos termos do Regulamento Sanitário federal em vigor" (Idem).

Em desacordo flagrante, senão com letra do regulamento federal, certamente com seu espírito e com todo o ideário que o inspirara, é bastante provável que a política *antivenérea* do Pará tenha podido se implantar e se manter por algum tempo dado o apoio de Belisário Pena, no nível federal, e das autoridades estaduais. Porém, a polêmica logo se estenderia e, em finais de 1922, chegava à capital federal através de áspero confronto entre o próprio Souza Araújo e Luiz Felício Torres, também dermato-sifilógrafo.

A 28 de novembro de 1922, Torres lia, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, uma comunicação na qual denunciava a "simbiose médico-policial" do Pará, acusando Souza Araújo de ter ali instituído uma "genuína", "legítima" regulamentação da prostituição (Torres, 1922:181). A resposta de Souza Araújo viria na forma de uma conferência, também realizada na Sociedade, em dezembro daquele ano. Mais interessante que a defesa em si da profilaxia do Pará e as críticas ferozes aos *abolicionistas*, é o fato de Souza Araújo revelar nas entrelinhas que, de fato, sua política vinha sendo enquadrada progressivamente por Eduardo Rabelo. Assim, dizia Souza Araújo que, por "determinação do inspetor-geral da Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas", as "cadernetas de prostitutas" fornecidas pela polícia seriam suprimidas e os agentes sanitários totalmente substituídos por enfermeiras visitadoras (Araújo, 1923:8). Ao que parece, na defesa das "cadernetas", de pouco adiantou o fato de os homens de Belém, conforme ressaltava otimista Souza Araújo, já estarem se habituando a olhá-las para, antes de recorrerem aos serviços de determinada prostituta, assegurarem-se quanto ao seu estado de saúde (Idem, 7). Além disso, Souza Araújo confessava que compreendera mal o regulamento quanto às visitas às prostitutas. Nesse sentido, havia sido alertado por Rabelo de que não se tratava de visita para exames, mas para "simplesmente aconselhá-las a procurarem os dispensários oficiais caso estejam doentes" (Idem, 10).

Na verdade, essas "muito poucas alterações", conforme as qualificava Souza Araújo perante a Sociedade de Medicina e Cirurgia, transformavam completamente o sentido da política adotada no Pará. Ora, fornecida pela polícia e anotada pelos médicos, a "caderneta de prostituta" era o ponto de contato material em que se misturavam a intervenção

policial e a intervenção sanitária. Era através delas que a polícia, espécie de "braço secular" da saúde pública, podia saber se as meretrizes estavam ou não comparecendo semanalmente ao dispensário, conforme estatuía, em desacordo com o regulamento federal, o regulamento interno do serviço do Pará. Era também através dessas cadernetas que se podia multar as *insubmissas*. Sem elas, na verdade, perdia-se a possibilidade de um controle médico-policial conjunto.

Também no Paraná, a cooperação entre a polícia e a saúde pública parece ter se dissolvido ante as novas exigências federais. Já em 1921, contrariado, Luiz de Medeiros, então diretor do Dispensário Anti-Sifilítico de Curitiba, escrevia ao chefe da Profilaxia Rural do Estado do Paraná: "É por demais contristador o que no momento se verifica. Aquele movimento intenso que nos era dado observar desapareceu por completo, estando o dispensário com sua freqüência reduzida a um número verdadeiramente irrisório. Ao tempo em que dirigíamos tal serviço, tendo o auxílio criterioso da polícia, mal tínhamos tempo para atender às mulheres que diariamente se nos apresentavam. Atualmente, passamos os dias à espera de uma ou outra mulher que ainda nos queira aparecer. **Para a classe de gente a que é destinado, não há meios suasórios, nem se pode levar a sério a brandura injustificável do nosso Regulamento Sanitário**. Não há como cumprir, decididamente, aquilo que nos deve inspirar a defesa da saúde pública. Levar o serviço como no momento, entregue aos caprichos de uma classe de gente, por natureza indiferente – senão mal disposta – ao bem-estar e conquistas da sociedade, representa voltar as costas a uma vitória magnífica que nos custou uma soma imensa de trabalho" (*apud* Araújo, 1922:181, grifo meu).

Sem dúvida, o fato de um Regulamento avesso à vigilância médico-policial das prostitutas ter dado lugar a uma experiência tão claramente *regulamentarista* quanto a do Pará não deixa de ser revelador do modo pelo qual as conciliações nele presentes podiam gerar interpretações discordantes. Porém, segundo os dados que possuo, depois desses "ajustes" iniciais, o plano nacional de profilaxia se desenvolveu sem maiores problemas, segundo a orientação a ele imprimida originalmente por Eduardo Rabelo e seu grupo.

O apogeu da luta antivenérea no Brasil

Entre os anos de 1920 e 1934, a ação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas se fez sentir nacionalmente. Em 1934, no bojo da reforma do Departamento Nacional de Saúde Pública empreendi-

da pelo governo Vargas, a inspetoria seria finalmente extinta. Durante sua vigência, foi dirigida por Eduardo Rabelo (até 1926) e Oscar da Silva Araújo (até 1934). Já em finais do ano de 1920, para a consecussão de seu plano de ação, Eduardo Rabelo começava a firmar, como no caso do Pará, os primeiros acordos com governos de diversos estados brasileiros. Para entrarem na *luta*, recebendo as verbas federais que lhe estavam destinadas,[35] deviam se comprometer a respeitar as orientações gerais do Regulamento Sanitário e arcar com metade dos gastos previstos. Acordos começavam também a ser firmados com as diretorias de saúde das corporações militares e com a diretoria dos presídios da capital federal.

No Exército, o novo regulamento e a campanha que instaurava foram recebidos com entusiasmo pelos médicos-militares. Em artigo originalmente publicado na *Revista de Medicina e Higiene Militar*, em fevereiro de 1921, Lobo da Silva dizia que já tardava a entrada do país na *luta antivenérea*, em prol da "salubridade de nossa gente" e da "energia da nossa raça". Segundo diz, "era com tristeza" que se liam as seguintes palavras no *Office International d'Hygiène Publique* de Paris, em outubro de 1920: "Quase por toda a parte os poderes públicos intervêm para organizar a luta contra as moléstias venéreas. O Brasil, o Principado de Mônaco, a Pérsia e a Suíça (salvo o cantão de Genebra) são os únicos países que parecem ainda se abster inteiramente d'esta intervenção" (Silva, 1929:30).

A direção de Saúde da Guerra já vinha, segundo o médico-militar, ocupando-se da profilaxia dos *males venéreos* e iria agora apoiar "com satisfação geral o empenho que se delinea na Inspetoria de Saúde Pública..." (Idem, 38). Conclamando as Forças Armadas a entrarem decididamente na campanha, diz Lobo da Silva: "No nosso país a luta antivenérea vai entrar n'uma fase decisiva, cujos resultados deverão corresponder às esperanças de todos nós, entregue, como se acha ela à competência dos drs. Carlos Chagas e Eduardo Rabelo, apoiados no atual regulamento da saúde pública e que foi sabiamente aprovado pelo governo" (Idem, 33).

Efetivamente, em março de 1921, reuniam-se representantes do Departamento Nacional de Saúde Pública e dos ministérios da Guerra, da Justiça e da Marinha para estabelecerem um programa de profilaxia *antivenérea* para as Forças Armadas. No Exército, tal programa seria aprovado e mandado executar em finais de 1921.[36] Suas bases eram o trata-

---

35 Enquanto, na mesma época, os Estados Unidos gastavam apenas com a profilaxia das *doenças venéreas* o equivalente a 13 mil e quinhentos contos, o Brasil dispunha somente de 2 mil e quinhentos para a profilaxia conjunta desses males e da *lepra* (Rabelo, 1920:3).

36 *Boletim do Exército*, nº 422 de 5/12/1921 (*apud* Silva, 1929:38-45).

mento dos infectados, a educação *antivenérea* dos soldados e o "saneamento moral" das áreas próximas aos quartéis, proibindo-se que aí se instalassem bordéis ou que fossem comercializadas bebidas alcoólicas.

Além do tratamento dos infectados em dispensários mantidos em parceria com a inspetoria, a ênfase da *luta antivenérea* no Exército recaía sobretudo na educação *antivenérea* do soldado desde a incorporação. Segundo estabelecia o programa aprovado em 1921, cartazes, folhetos, conferências etc. teriam como principal objetivo "chamar a atenção para as relações sexuais promíscuas, para os males que trazem as doenças venéreas e para os meios práticos de serem as mesmas evitadas" (*apud* Silva, 1929:39). Detalhando o tipo de informação que os soldados deveriam receber (Idem, 50), aprovava-se também um documento especialmente voltado aos cuidados higiênicos a serem seguidos.

Muito mais claramente aqui que nos meios civis, a educação proposta não visava efetivamente afastar os homens dos "focos de infecção", mas sim divulgar e promover a utilização das técnicas de *profilaxia individual* ou "desinfecção pós-coito". Previa-se assim a instalação de "gabinetes de desinfecção", nas enfermarias regimentais e nos dispensários públicos, e, nas regiões em que isso fosse impossível, o fornecimento aos soldados de "pacotes" com pomadas e soluções apropriadas para se desinfectarem após as relações sexuais (Idem, 40).

Segundo o programa aprovado em 1921, "para se tornar efetiva", além de incentivada através da educação, tal desinfecção deveria ser imposta ao soldado sob sanção disciplinar, seguindo, como dizia Lobo da Silva, o exemplo de outros países (Idem). Para tanto, os gabinetes ou dispensários forneceriam atestados a todos os soldados que os procurassem. Qualquer soldado encontrado doente, sem o atestado de desinfecção, ou seja, sem poder provar ter buscado preventivamente um posto de desinfecção logo após o "ato", seria internado obrigatoriamente no hospital, perdendo o soldo relativo aos dias de internação. Diferentemente, os contaminados que apresentassem tais atestados seriam tratados ambulatorialmente. Como se vê, nas Forças Armadas, o tão alentado "liberalismo" do Regulamento Sanitário adquiria uma certa inflexão coercitiva.

Além da *profilaxia individual*, alguns outros conselhos secundários deviam ser dados aos soldados, sendo interessante notar que nenhum deles buscava convictamente exortá-los à castidade ou a um comportamento mais moralizado. Através de uma linguagem franca e direta, aos soldados deveria ser ainda aconselhado: examinar previamente a mulher, não devendo ter relação sexual com as que "apresentarem gânglios engorgitados no pescoço ou nas virilhas, e feridas ou placas pelo corpo, nem as que tenham as roupas brancas sujas de manchas amareladas" (Idem, 45), "obri-

gando-a" a fazer, antes do "ato", "uma lavagem na vagina com solução desinfectante"; depois, deviam urinar, lavar os órgãos genitais e desinfectarem-se a si mesmos. E, se mesmo depois de todas essas precauções, o soldado viesse a perceber manifestação de qualquer sintoma de *doença venérea* ("corte, ferida no pênis ou corrimento uretral"), deveria procurar imediatamente e "sem acanhamento" o médico da guarnição, não dando ouvidos a "conselhos e tratamentos indicados por camaradas, por práticos ou curiosos". Devia declarar o nome de quem lhe havia transmitido a doença ao médico e também aos "camaradas", para que eles pudessem evitar "tão perigoso foco de contágio". Finalmente, além da separação dos objetos de uso pessoal, um último conselho deveria ser dado, o único em tom levemente moralizador: "Não abuseis dos prazeres sexuais; eles em excesso fatigam e esgotam o organismo. Deveis espaçá-los o mais possível, pois isto em nada prejudica o indivíduo; demais, quanto menos vezes procurardes a mulher, menos vezes vos exporeis ao contágio das moléstias venéreas. Buscae distrações mais sadias no estudo, nos sports, nos jogos lícitos etc." (Idem, 46).

Em maio de 1922, inaugurava-se o primeiro dispensário na Policlínica Militar e, em março do ano seguinte, um outro, no Hospital Central do Exército. A 25 de abril de 1923, instado por Lobo da Silva, o ministro da Guerra procurava reforçar a autoridade dos médicos-militares, divulgando um aviso para comandantes e oficiais no qual lhes ordenava "que prestem todo o auxílio, tanto moral quanto material, no combate às doenças venéreas no meio militar, e se esforcem para que sejam observados os cuidados profiláticos" (Idem, 69). Em junho daquele mesmo ano, a Diretoria de Saúde da Guerra enviava circular às diferentes regiões militares, dando início à ampliação da campanha para todo o país.

No Distrito Federal, a partir de 1921, começam também a ser criados dispensários para civis. Alguns são inteiramente novos, como o Central, outros são instalados nas mais prestigiosas casas de saúde locais, como a Santa Casa de Misericórdia, a Policlínica de Botafogo, o Instituto de Proteção à Infância etc. Para os presidiários, instalam-se dispensários na Casa de Detenção e na Casa de Correção. Começa a funcionar também o Laboratório Central da inspetoria para diagnóstico sorológico da *sífilis*, para a fabricação de medicamentos e também (certamente para o estarrecimento de setores mais conservadores) de "camisinhas". Até que se iniciasse, com a criação da Escola Ana Nery, a formação de enfermeiras diplomadas no Rio de Janeiro, um grupo de "senhoras" teria recebido um curso intensivo de seis meses sobre *lepra* e *doenças venéreas*, iniciando o serviço de chamada de doentes, sobretudo de prostitutas.

Em 1923, em relatório ao Ministro da Justiça, Carlos Chagas notificava que a capital da República já contava com onze dispensários *antivenéreos*, nos quais 13.622 pessoas já haviam sido matriculadas (*Relatórios do Ministro da Justiça e Negócios Interiores,* 1923:201). Em 15 estados brasileiros, a profilaxia contra a *sífilis* já estava organizada nas capitais e principais cidades do interior. Para Chagas, o imobilismo era coisa do passado: "Era o Brasil uma das poucas nações que não cuidara ainda da campanha contra a sífilis, o que importava numa das falhas mais notáveis da nossa administração sanitária, sabido que essa doença figura na nosologia habitual de todos os países como um dos fatores de maior coeficiente e que representa uma das causas preponderantes da degeneração humana. E conquistado, na descoberta da terapêutica esterilizante, o método profilático da terrível doença, não era lícito descurar do seu combate, sem atentar contra os deveres da nossa cultura e do nosso patriotismo. Assim o compreendemos e, em bases amplas, sob o critério mais liberal, foi regulamentada a campanha contra a sífilis e as doenças venéreas e tornada extensiva a todo o país" (Idem, 201).

Seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Regulamento Sanitário, iniciou-se também uma campanha de propaganda e educação sanitária mais ampla, inaugurada, em 1921, com uma conferência de Renato Kehl, na Associação dos Empregados do Comércio do Rio de Janeiro. No ano seguinte, durante as memoráveis festas do Centenário da Independência, a inspetoria promoveria ainda uma grande exposição educativa *antivenérea* que, posteriormente, seria enviada para Estrasburgo). Segundo relata Oscar da Silva Araújo, composta de quadros a óleo e peças de cera representando as *doenças venéreas* e suas conseqüências, quadros estatísticos sobre sua incidência e os resultados do tratamento e da profilaxia, a exposição teria sido vista, no Brasil, por Hugh N. Young – responsável pela organização da *luta antivenérea* entre as tropas americanas na Primeira Guerra (Brandt, 1985:99). Dela, para o orgulho dos "nativos", teria deixado registrado no livro de visitas: "Esta exposição sobre os perigos das doenças venéreas é maravilhosa e indubitavelmente a melhor que eu já vi..." (*apud* Araújo, 1927:20). Além disso, através de cartões introduzidos em maços de cigarros e cartazes colocados em banheiros públicos masculinos, divulgava-se também a existência de um **Posto de Desinfecção Preventiva**, instalado no prédio da Cruz Vermelha, próximo à zona de prostituição do Mangue. Nele, os civis eram convidados a se fazerem "desinfectar", depois das relações sexuais.

Em 1927, apenas no Distrito Federal, já haviam sido afixados 140 mil cartazes; 288.419 publicações haviam sido distribuídas e 479 conferências haviam sido realizadas. Segundo Oscar da Silva Araújo, tais confe-

rências teriam sido feitas em "numerosas fábricas, oficinas, associações de classe, escolas, unidades do Exército, Marinha e Corpo de Bombeiros, sempre ilustradas por projeções luminosas, fixas ou mesmo cinematográficas" (Idem, 19). Os filmes utilizados nas campanhas de prevenção eram americanos e franceses e o guia para realização das conferências era baseado na conferência do médico francês Gougerot. (Araújo, 1928b:25).

A partir de 1924, a ação da inspetoria no Distrito Federal é reforçada pelo surgimento da **Fundação Gaffrée-Guinle** que, sob a direção do médico Gilberto de Moura Costa (também parte da equipe diretora da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia), passou a se ocupar dos dispensários *antivenéreos* para civis e a construir um grande hospital para *venéreos* (atual Hospital Gaffrée-Guinle). Em seu todo, o projeto elaborado pela Fundação incluía a construção de "12 dispensários modelos, instalados em edifícios especialmente construídos para tal fim", de "um grande hospital, com cerca de trezentos leitos" e de um instituto de pesquisa, que comportaria seções de serologia, bacteriologia, anátomo-patologia, química, terapêutica experimental e fabricaria também medicamentos, soros e vacinas necessários à terapêutica *antivenérea*. Tudo isso representaria, segundo elogioso editorial do primeiro número dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, "uma vasta e perfeita organização de profilaxia venérea" (ano I, nº 1, 1925, p.90-91).

O hospital seguiria o modelo "das grandes organizações hospitalares americanas", contando com enfermarias para o tratamento da *sífilis* e da *gonorréia*, com uma maternidade, com uma *crèche* e com enfermaria especial para prostitutas. Este último serviço já estava funcionando em finais de 1924, com cerca de 600 mulheres matriculadas. Segundo diria Oscar da Silva Araújo em 1927, "resultado surpreendente", graças à propaganda "pertinaz" das "visitadoras". Para ele, "...se não foi possível trazer ao serviço as duas mil prostitutas conhecidas pela polícia, fez-se muito mais do que em muitas cidades onde a prostituição é regulamentada" (Araújo, 1927:18). Em 1925, enquanto ainda prosseguiam as obras do hospital e do instituto, nos seis dispensários da Fundação, teriam sido matriculados mais de 23 mil doentes.

Em 1927, o Distrito Federal já dispunha de dezessete dispensários públicos, sendo apenas o Central dependente exclusivamente da inspetoria. Enquanto se finalizava o hospital da Fundação Gaffrée-Guinle, a Santa Casa de Misericórdia reservava, mediante acordo com a inspetoria, certo número de leitos aos *venéreos* que exigissem cuidados hospitalares. Ao que parece, os dispensários para os meios civis foram bem aceitos, crescendo progressivamente o número de matrículas.

De fato, a ação da inspetoria parece ter sido realmente intensa no que respeitava à profilaxia medicamentosa. As estatísticas nesse sentido são realmente espantosas. Segundo meus dados, entre janeiro de 1921 e junho de 1927, já haviam sido matriculados 170.763 indivíduos (92.337 homens, 67.051 mulheres, 11.375 crianças) em todos os dispensários urbanos do Distrito Federal. Além deles, haviam sido instalados 115 em todo o Brasil. Com algumas oscilações, praticamente todos os estados brasileiros firmaram convênios com a inspetoria, salvo o Estado de São Paulo, que sempre manteve serviços *antivenéreos* próprios. De janeiro de 1921 a junho de 1927, já haviam passado por tais dispensários 429.517 doentes, tendo sido diagnosticados 295.594 casos de *sífilis* e 100.338 casos de *gonorréia*. O número de injeções de mercúrio e salvarsan aplicadas chegava a mais de 4 milhões.[37] Além disso, os principais portos brasileiros já contavam com dispensários *antivenéreos* e, através de um convênio com o Uruguai para vigilância de fronteiras, davam-se os primeiros passos no sentido de estabelecer um sistema de profilaxia internacional.

Já em finais de 1927, o então inspetor-geral, Oscar da Silva Araújo, procurava divulgar os resultados positivos da ação da inspetoria, sobretudo em relação à *sífilis*. Nos serviços da Fundação Gaffrée-Guinle, segundo diz, a proporção de *contagiantes* decrescia em relação ao número total de indivíduos examinados. Assim, em 1924, o total de *sifilíticos* foi de 8.929, sendo 36% contagiantes. Em 1925, o número de contagiantes descia a 24%, num total de 23.445 indivíduos matriculados. Em 1926, apenas 18% dos 20.341 matriculados eram contagiantes. Uma vez que o período de contágio aparecia sobretudo no início da infecção *sifilítica*, esses dados mostravam que o número de casos de *sífilis recente* diminuía ano a ano. Tais resultados seriam confirmados por dados fornecidos pelo Laboratório Central, segundo os quais a cifra de 32% de reações de Wassermann positivas encontrada em 1921 havia diminuído para 30,5%, em 1922; 26,4%, em 1923; atingindo finalmente 22,5%, em 1926. A positividade da reação de Wassermann também decrescia na Casa de Correção e na Casa de Detenção.[38] Além disso, médicos conceituados da capital atestavam uma diminuição do número de afecções cardiovasculares (Miguel Couto, Aloysio de Castro e Oswaldo de Oliveira) e nervosas

---

[37] Utilizou-se na terapêutica da *sífilis* sobretudo o mercúrio (3.451.324 injeções). Quatro vezes mais caro, o neo-salvarsan parece ter sido utilizado muito mais parcimoniosamente (610.325 injeções) (Araújo, 1927:60-61).

[38] Os números referentes à positividade do exame de Wassermann na Casa de Correção são os seguintes: em 1923, 30% de reações positivas; em 1925, 15%; no 1º semestre de 1926, 6%. Quanto à Detenção: 1922, 41%; 1923, 40%; 1924, 36%; 1925, 25%; 1926, 24%; 1º semestre de 1927, 21%.

(Henrique Roxo) associadas à *sífilis*. Oscar da Silva Araújo relevava sobretudo a opinião do professor de sifilografia Fernando Terra, que, segundo dizia, tinha assinalado "a dificuldade em que se viu ultimamente para conseguir casos de cancro sifilítico e lues recente como material de demonstração para suas aulas de clínica sifilográfica, fato que não se verificava nos anos anteriores..." (Araújo, 1927:29).

No meio sifilográfico nacional e internacional, a ação da inspetoria foi alvo de elogios freqüentes. Logo no início da campanha, em reunião realizada a 18 de abril de 1922, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia aprovava, sob proposta de Moncorvo Filho, um voto de louvor ao trabalho que seu secretário-geral, Eduardo Rabelo, vinha desenvolvendo à frente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 1, janeiro, 1925, p.83). E, em 1923, o elogio partia da mais alta autoridade sifilográfica francesa, E. Jeanselme, que, além de substituto de Fournier na cátedra de sifiligrafia da Faculdade de Paris, era presidente da Liga Nacional Francesa contra o Perigo Venéreo e da Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral. Depois de ouvir a conferência que, na presença do embaixador do Brasil, Eduardo Rabelo proferira na Faculdade de Medicina de Paris, Jeanselme teria dito: "Senhor embaixador, em nome da Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral, eu dirijo a Vossa Excelência a expressão de nossa gratidão e de nossa admiração pela obra grandiosa realizada no Brasil. Espero que em futuro próximo a França seja dotada de instituições profiláticas tão bem organizadas quanto as vossas" (*apud* Araújo, 1927:23). Os elogios de Jeanselme não escondiam, entretanto, o reconhecimento das diferenças que separavam o modelo brasileiro do *regulamentarismo* francês. Ao mesmo tempo que elogiava o sistema implantado por seu colega no Brasil, Jeanselme proferia uma palavra de cautela: "Eu me permitiria apenas uma observação. As regras profiláticas que devem ser seguidas diferem segundo o gênio das raças. Tais diferenças quanto ao ponto de vista dos povos tornam muito difícil a obra da união inter-aliada e os regulamentos locais devem se adaptar ao espírito de cada nação. Porém, tais dificuldades não devem nos impedir de trabalhar em comum acordo..." (Idem).

Em sessão da Academia Nacional de Medicina, realizada a 8 de maio de 1924, era o sifilógrafo alemão Hermann Roeschmann – diretor da Sociedade Alemã de Luta contra as Doenças Venéreas – que, em visita ao Brasil, elogiava a política aqui adotada. Segundo a ata da sessão, devidamente reproduzida nos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, Roeschmann teria dito que as dificuldades financeiras da Alemanha impe-

diam que fosse feita lá "uma instalação tão vasta como a que pode verificar entre nós e que reputa das mais perfeitas..." (*Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, ano I, nº 1, 1925, p.85).

Enquanto inspetor-geral, Oscar da Silva Araújo também divulgou, na Europa, o modelo adotado no Brasil. Já no final da década de 20, levava à Faculdade de Medicina de Paris os resultados positivos, segundo lhe pareciam, da campanha empreendida no Brasil. Sua conferência foi publicada em francês pela *Ligue Nationale Française Contre le Péril Vénérien, Société Française de Prophylaxie Sanitarie et Morale* e *Office National d'Hygiene Sociale* (Araújo, 1928b). Em seu breve discurso de acolhida, o sifilógrafo Louis Queyrat – presidente da *anti-regulamentarista* Liga Francesa Contra o Perigo Venéreo – não deixava de alertar os ouvintes que "em matéria de luta antivenérea, seria vantajoso para a França seguir o exemplo do Brasil em muitos pontos" (Idem, 3). Naquele mesmo ano, em Nuremberg, Araújo comparecia a uma reunião da Sociedade Alemã de Luta Contra as Doenças Venéreas para, ao lado de representantes da Inglaterra, Suécia, e França relatar o que se fazia no Brasil (Roeschmann, 1929:32).

A se crer nas informações de Leonídio Ribeiro, o "sucesso" do modelo brasileiro teve papel importante na desestabilização definitiva das políticas *regulamentaristas* da Argentina e do Uruguai. Em trabalho publicado em 1930, Ribeiro diz que em congresso médico realizado em Montevidéu sob o patrocínio do Comitê de Higiene da Liga das Nações,[39] Oscar da Silva Araújo teria apresentado os "modernos métodos de profilaxia antivenérea", assinalando os "brilhantes resultados colhidos ultimamente em nosso país" (Ribeiro, 1931:111-112). O congresso teria aprovado uma moção de aplauso ao governo brasileiro "pela orientação acertada e energia com que eram combatidas as doenças venéreas no Brasil" (Idem, 113). Ainda segundo Ribeiro, depois do congresso, Silva Araújo teria se reunido com autoridades sanitárias e sifilógrafos uruguaios e argentinos, tendentes a abolir a regulamentação da prostituição naqueles países. A convite do sifilógrafo argentino Pedro Balina, teria proferido conferência na Faculdade de Medicina de Buenos Aires sobre o "armamento antivenéreo brasileiro" e teria se reunido com o diretor da Assistência Pública argentina que, depois disso, sob influência de Araújo, adotaria um plano idêntico ao seguido no Brasil (Idem, 112). Enfim, como atesta Ribeiro e, depois dele, inúmeros outros médicos, em fins da década

[39] Ribeiro refere-se muito provavelmente à última das três grandes conferências internacionais promovidas pela Liga das Nações durante a década de 20. Nelas, discutiu-se sobretudo o valor do diagnóstico sorológico da *sífilis* e cientistas de diferentes países avaliaram comparativamente as qualidades do teste de Wassermann e dos que o sucederam (Löwy, 1993).

de 1920, quanto à profilaxia da *sífilis*, o Brasil "caminha na frente dos países mais adiantados do mundo" e "a obra realizada por Eduardo Rabelo e seus discípulos, no combate às doenças venéreas em todos os recantos do território nacional, é um dos títulos de glória da medicina brasileira, e tem sido elogiada por todos os especialistas estrangeiros e mestres que nos têm visitado ultimamente" (Idem, 120).

Os limites do modelo "liberal"

Porém, mesmo merecendo fartos e constantes elogios até os anos 40, nem tudo parece que eram glórias na *luta antivenérea* brasileira dos anos 20 como queriam os sifilógrafos nela especialmente engajados e outros setores do mundo médico. Na verdade, no mesmo momento em que o inspetor-geral alardeava os resultados positivos da campanha no exterior (talvez em busca de apoio internacional) a política *antivenérea* brasileira começava a receber sérias críticas no país.

Antes de mais nada, os médicos-militares pareciam insatisfeitos. Em 1929, em longa comunicação apresentada ao 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, o médico-militar Lobo da Silva trazia notícias desalentadoras. Segundo os resultados dos censos nacionais conduzidos pela Diretoria de Saúde da Guerra durante toda a década de 20, a incidência das *doenças venéreas* no Exército vinha crescendo, tanto em termos absolutos quanto relativos (Silva, 1929:53).[40] Para Lobo, embora fossem "magníficas" as "bases teóricas" do programa de profilaxia produzido em parceria com a inspetoria, em 1921, os resultados práticos tinham sido nulos (Idem, 2). A *profilaxia individual*, cuja eficiência para evitar o contágio era tecnicamente indiscutível, havia, segundo Lobo, "falido" no exército brasileiro (Idem, 54). Para ele, tal resultado a explicava-se, de um lado, pela falta de interesse e apoio material e moral dos comandantes e oficiais; de outro, pela falta de instrução dos soldados. Sobre este último aspecto, diz: "Os nossos soldados, em geral, não possuem a necessária instrução, moral e higiênica, para avaliarem os grandes perigos e as tristes conseqüências de semelhantes infecções. Os conselhos, as preleções, a propaganda falada e escrita, tudo isso tem sido feito em pura perda" (Idem, 55).

[40] Os resultados de tais censos são apresentados por Lobo da Silva e indicavam que a porcentagem de *venéreos* em relação aos efetivos médios das tropas teria variado do seguinte modo, entre 1919 1928: 1919, 17,6%; 1920, 23,7%; 1921, 15,8%; 1922, 21,9%; 1923, 16,4%; 1924, 19,2%; 1925, 26,1%; 1926, 30,5%; 1927, 23,3%; 1928, 24,5% (Silva, 1929:48).

Preludiando o que emergirá sobretudo nos anos 30, Lobo da Silva passa então a reivindicar, além do reforço da autoridade médica no meio militar, uma ação mais severamente coercitiva no sentido de obrigar os soldados a realizarem a profilaxia aconselhada: "Obriguemo-los a serem limpos e asseados; castiguemo-los para preservarem a sua saúde e a de sua descendência (...) Toda a praça que se apresentar com moléstia venérea e, com mais forte razão, aquela que a procurar esconder ou dissimular, precisa ser castigada por desobedecer a Lei" (Idem).

Foi como "última tentativa" (Silva, 1929:3-4) para reorientar a *luta antivenérea* no Exército que, no início de 1929, Lobo da Silva teria enviado ao general-diretor de Saúde da Guerra um "projeto de instruções" contendo tais medidas mais severas (Idem, 56-59). Além de serem enviadas obrigatoriamente ao hospital, como vinha sendo feito, as "praças faltosas", mesmo doentes, deveriam ser ali tratadas com o "máximo rigor": "nenhum extraordinário nas dietas; nenhum passeio; nenhuma licença para sair; máxima disciplina" (Idem, 58). Para elas, o hospital deveria se transformar em verdadeira prisão. Eis que, em meio ao século XX, reponta mais claramente que nunca o espírito das velhas técnicas pré-modernas de tratamento-punição. Agora, se não vêm mais conjurar o *pecado da carne*, vêm certamente punir a desobediência higiênica, a recusa dos homens de manterem firmes, mesmo durante o arrebatamento sexual, as rédeas da Razão.

Não podemos supor que a maioria das contaminações entre os militares fosse endógena, através de relações homossexuais, embora, como em alguns momentos assumiam os próprios médicos-militares, tais relações não fossem absolutamente raras.[41] Desse modo, a crescente incidência de tais males entre os soldados, revelada nos censos anuais, faz pensar que, a despeito das afirmações contrárias dos sifilógrafos, o mesmo devia estar acontecendo também no meio civil. De todo modo, é certo que, aqui também, como no Exército, a *profilaxia individual* parece ter "falhado". E um bom índice desse "fracasso" é o fato de o Posto de Desinfecção Preventiva, instalado pela inspetoria perto do Mangue, ter tido vida curta. Em 1928, já havia sido fechado. Segundo Oscar da Silva Araújo, "infelizmente, apesar da propaganda intensiva que em torno desse posto foi feita, a freqüência foi sempre mínima e às vezes mesmo nula, o que determinou seu fechamento" (Araújo, 1927:18).

[41] Quanto a esse aspecto, o interessante é notar que, apesar de os médicos virem tratando mais abertamente da homossexualidade desde finais do século XIX, e também da homossexualidade nas forças armadas, em todo o material consultado não encontrei uma só referência ou advertência quanto ao fato de as *doenças venéreas* também poderem ser transmitidas através de relações homossexuais. Do ponto de vista da *luta antivenérea*, esse tipo de contaminação simplesmente não existiu.

Se os homens não tomavam as precauções necessárias era porque o projeto de educação e propaganda – contrapartida necessária de um sistema de profilaxia que não queria privilegiar métodos coercitivos – não estava dando os frutos esperados. E dele não dependia apenas a constante e correta utilização das técnicas de desinfecção pós-coito, mas também a própria adesão do doente ao longo, perigoso e incerto tratamento proposto. Embora seja um outro bom índice da eficácia do modelo adotado, tal adesão é mais difícil de ser mensurada, pois, enquanto o inspetor-geral Oscar da Silva Araújo nos apresenta dados precisos referentes ao número total de doentes matriculados nos dispensários, ele significativamente nada diz sobre o número dos que perseveravam no tratamento.

Porém, segundo apontavam vários médicos, era muito comum o doente se julgar curado logo depois da série inicial de neo-salvarsan, destinada a apenas fazer cicatrizar as lesões da doença. O longo tratamento mercurial que devia se seguir era freqüentemente negligenciado e interrompido (Gomes Júnior, 1920:29). Já em 1925, defendendo uma ação policial mais enérgica contra as prostitutas e a instrução e educação sexual da "mocidade", o *abolicionista* Felício Torres alertava claramente para a imprudência de se pretender uma vitória contra a *sífilis*, concentrando a ação nos dispensários. Estatísticas relativas ao grande número de matrículas não deviam, para ele, ser motivo para entusiasmo, pois muitos pacientes interrompiam o tratamento (Torres, 1925). E para que se possa ter uma idéia da dimensão a que podia chegar tal interrupção, basta recorrer a uma estatística que, mesmo sendo um pouco posterior, não deixa de revelar o que devia ser bastante recorrente. Em 1940, o sifilógrafo Henrique de Moura Costa, da Fundação Gafrée-Guinle, tomando os mais de sete mil *sifilíticos* atendidos nos dispensários da Fundação durante os anos 30 (ele não precisa o período exato) estimava que apenas 4% haviam se submetido a um tratamento suficiente à cura, e que, em 75% dos casos, a medicação teria se realizado por tempo "insignificante". A proporção de abandono, que já era "grave", segundo dizia, em relação ao total de *sifilíticos*, tornava-se mesmo "criminosa" ao se repetir entre os *contagiantes*. Entre estes, apenas 12% haviam se submetido a uma medicação arsenical mínima suficiente para se tornarem inofensivos (Costa, 1941).

É verdade que a inspetoria promoveu conferências, espalhou cartazes e adquiriu filmes educativos estrangeiros e os traduziu. Porém, a campanha *antivenérea* projetada pelos sifilógrafos e implementada pela inspetoria parece ter se concentrado sobretudo nos dispensários, ou seja, na profilaxia medicamentosa, única linha de ação em que os médicos não esbarravam em espinhosas questões legais ou morais. É verdade também que os sifilógrafos reconheciam não ser fácil, em um país em que a maio-

ria da população era analfabeta, empreender qualquer campanha educativa, cujo meio de difusão mais ampla continuava a se restringir à palavra escrita.[42] Oscar da Silva Araújo chegava mesmo a arrolar, entre as medidas "complementares" de combate às *doenças venéreas*, a obrigatoriedade do ensino primário (Idem, 13). Além disso, ressaltava a necessidade da "organização de um programa de educação sexual adaptável aos diferentes estabelecimentos de ensino" (Araújo, 1928b:11).[43] Desde finais do século XIX, como vimos, a educação sexual vinha sendo defendida pelos sifilógrafos. Em finais da década de 20, sua necessidade parecia ser objeto de um largo consenso entre os médicos brasileiros, especialmente entre higienistas, eugenistas e psiquiatras. Ao menos, posso afirmar que não encontrei nenhuma fonte médica que a condenasse explicitamente. A dificuldade residia na implementação desse tipo de educação.

Em finais da década de 1920, por exemplo, refletindo insatisfação quanto ao encaminhamento da luta *antivenérea* brasileira e procurando potencializar a eficácia da intervenção médica, Oscar Penna Fontenelle se insurgia contra as "ineficazes garantias dos métodos atuais, que se concretizam em uma propaganda precária e uma precária profilaxia medicamentosa". Era o que escrevia em seu tonitroante livro *Os Flagellos da Raça*, sem esconder a crítica à política desenvolvida pela inspetoria (Fontenelle, 1931:27). Formado em direito e medicina, Fontenelle havia sido colaborador de Belisário Pena, ocupando a chefia do Serviço de Saneamento Rural no estado do Rio. Havia sido também ex-chefe de polícia daquele estado, deputado estadual e, à época em que publica seu livro, era deputado federal fluminense e professor da Faculdade Fluminense de Medicina. Para ele então, os "apreciáveis serviços de profilaxia das doenças venéreas" organizados no Rio de Janeiro e em "alguns outros poucos pontos do Brasil" não bastavam (Idem, 122). Fontenelle dizia que o tratamento de então era "falho", "demorado", "demasiadamente longo para ser realizado até o fim"; havendo mesmo, segundo diz, "os que asseveram que em o administrando como convém, pelo largo espaço de quatro, seis, oito, dez anos, se consegue seguidamente manter o sifilítico em estado de

[42] Embora não possa confirmar a informação por não ter trabalhado com a imprensa profana, lembro que Silva Araújo tecia rasgados elogios ao modo pelo qual a imprensa brasileira vinha apoiando a *luta antivenérea*. Segundo dizia aos franceses em 1928, no Brasil, os médicos deviam muito à grande imprensa por sua ajuda inestimável, anunciando gratuitamente conferências, publicando endereços de dispensários e mantendo, entre seus colaboradores, médicos da inspetoria (Araújo, 1928b:28).

[43] Conforme Oscar da Silva Araújo expõe em Paris em 1928, tais medidas complementares comportavam ainda: a repressão ao charlatanismo e regulamentação da propaganda de medicamentos *antivenéreos*, a repressão ao alcoolismo, a repressão à provocação pública por parte das prostitutas; a campanha contra a pornografia e a censura de filmes, peças teatrais; a instituição do delito de contaminação venérea e do exame pré-nupcial etc. (Araújo, 1928:11-13).

saúde aparente, extinguir as manifestações exteriores de sua infecção, curar, se o querem sua lues individual, não se alcançando, todavia, suprimir a influência nefasta sobre a descendência do luético" (Idem, 23). Fazendo eco às declarações do médico-militar Lobo da Silva, cujas estatísticas ele citava (Idem, 88), Fontenelle pedia, de um lado, a punição mais severa dos *contaminadores*, a notificação e o tratamento obrigatórios das *doenças venéreas*. De outro, radicalizando as propostas dos sifilógrafos, ele apresentava, em 1928, à Câmara dos Deputados, um projeto de lei instituindo a educação sexual obrigatória nas escolas públicas e nos quartéis.[44]

Segundo o próprio Fontenelle, o projeto teria sido recebido com aplausos pela Academia Nacional de Medicina, pela Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia, por Eduardo Rabelo, Renato Kehl, Belisário Pena e, fora do meio médico, por Evaristo de Moraes (Idem, 72). Teria também recebido pareceres favoráveis das comissões de higiene e de instrução da Câmara (Jacarandá, 1931). Apesar do amplo apoio recebido, sua discussão seria, entretanto, interceptada pela "Revolução de 30". Mesmo não tendo sido finalmente aprovado, a reação que o projeto suscitou revela muito bem a natureza das dificuldades que, no campo social enfrentava, para além do analfabetismo, a difusão da educação sexual e *antivenérea* no Brasil.

Preocupado com a saúde da raça, "fundo efetivo e legítimo das nações" (Fontenelle, 1931:53), o projeto Fontenelle tornava obrigatório o ensino de higiene individual e sexual nos colégios e corporações militares. Além de assumir, na escola, um caráter de "impessoalidade", de "universalidade", de "verdade oficial" e "consagrada", o que facilitaria a adoção dos conselhos a serem veiculados, a educação sexual seria, para Fontenelle, missão "delicada" demais para ser entregue aos pais, "na sua grande maioria, ignorantes, canhestros, desidiosos ou dissimulados" (Idem, 222). Assim, no Colégio Pedro II, nos colégios militares, nas escolas e ginásios oficiais ou equiparados, o projeto previa a realização de, pelo menos, oito conferências anuais, uma a cada mês. As conferências (acompanhadas, quando possível, de demonstrações gráficas e de projeções luminosas) seriam dadas nas classes ou aos alunos do curso ginasial em conjunto, e, quando "conviesse", para o sexo feminino, separadamente. A comissão encarregada de organizar o programa a ser seguido nacionalmente seria composta por um professor do Colégio Pedro II, um outro da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, pelo diretor do Departamento Nacional de Ensino e, finalmente, pelo inspetor-geral do Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Segundo a lei proposta, o programa de tais

[44] O texto do projeto, acompanhado de considerações sobre sua trajetória, encontra-se em Jacarandá, 1931.

conferências versaria "principalmente sobre o valor da saúde para o indivíduo e a sociedade; o dever que a sua conservação representa para com a humanidade, a pátria e a descendência; o perigo das doenças contagiosas e o crime de as propagar conscientemente ou por negligência. Destacando o que se refere às moléstias venéreas: **os meios de prevenir** e tratar; as conseqüências dos vícios, maximé, do alcoolismo, das depravações sexuais, do desregramento e da vida sexual irregular; as grandes vantagens e nobreza de uma existência morigerada, dedicada a família, e dos prazeres legítimos que o homem pode desfrutar" (*apud* Jacarandá, 1931:22, grifo meu).

Como era de se esperar, por sua radicalidade, o projeto Fontenelle motivou imediata reação de setores mais "conservadores" da sociedade brasileira, especialmente da Igreja Católica, fazendo com que os tais *moralistas*, sempre citados, mas nunca nomeados claramente pelos sifilógrafos, começassem a assumir um perfil mais definido. O opúsculo a respeito do projeto que o padre Conrado Jacarandá fez publicar em 1931[45] revela seguramente a opinião oficial da Igreja. Muito simplemente, para o padre tal lei seria "um monstro" (Idem, 28), fruto legítimo da "crise moral" que, provocada pelo "sociologismo" e pelo "naturalismo", conforme diz, estaria na origem de todos os males brasileiros e mundiais (Idem, 6-8). A seus olhos, a aprovação do projeto seria a última da série de injúrias que a Igreja vinha recebendo da "República de 89", somando-se ao ensino leigo e misto, ao casamento civil e à laicização dos cemitérios e enterramentos etc. (Idem, 10).

Apoiando-se fartamente em escritores católicos, como o francês Maritain ou o brasileiro Alceu de Amoroso Lima, o padre Jacarandá trazia à tona novamente os velhos argumentos do *abolicionismo proibicionista* de finais do século XIX: "Os remédios não são os que ensinam somente a evitar o contágio, facilitando a continuação das mesmas misérias" (Idem, 16). Apoiado em encíclica de Pio XI sobre a educação dos jovens, Jacarandá afirmava que o conhecimento puramente fisiológico, científico, não tinha qualquer poder sobre o comportamento de quem quer que fosse, pois o comportamento era dependente da "vontade" e esta era apenas permeável à "verdadeira moral" (católica obviamente), aliada à interveniência divina. A esse respeito, segundo o padre, Pio XI já teria assentado a "palavra oficial da Igreja" em seu "másculo documento", segundo o qual: "...Assaz difuso é o erro dos que, com pretensões perigosas e más palavras, promovem a pretendida educação sexual, julgando erradamente poderem preca-

[45] Em antelóquio datado de 1930, o padre Jacarandá esclarece que escreveu seu trabalho logo depois da apresentação do projeto, mas somente o pôde publicar em 1931, devido à irrupção do movimento revolucionário de 1930 (Jacarandá, 1931:5).

ver os jovens contra os perigos da sensualidade com meios puramente naturais, tais como uma temerária iniciação e instrução preventiva, indistintamente para todos, e até publicamente, e pior ainda, expondo-os por algum tempo às ocasiões para os acostumar, como dizem, e quase fortalecer-lhes o espírito contra aqueles perigos. Estes erram gravemente, não querendo reconhecer a natural fragilidade humana e a lei de que fala o Apóstolo. Contrariam a lei do espírito e desprezam até a própria experiência dos fatos, da qual consta que, nomeadamente nos jovens, as culpas contra os bons costumes são efeito, não tanto da ignorância intelectual, quanto e principalmente da fraqueza da vontade, exposta às ocasiões e não sustentada pelos meios da Graça." (*apud* Jacarandá, 1931:47).

Assim, para a Igreja, os "cientistas" erravam por desconhecerem, de um lado, o "pecado original", que submetia inexoravelmente a vontade humana, colocando-a, principalmente no que dizia respeito ao sexo, fora do controle do mais esclarecido dos sábios, e, de outro, a "graça divina" que, ao remover a mancha do pecado original e suas conseqüências, apresentava-se como o único meio possível para que o homem pudesse ter algum domínio sobre si próprio. Assim, continuava o padre: "As conferências, a medicina, jamais hão de estancar os mananciais da depravação: a castidade, virtude necessária, é virtude reservada por Deus à ação da doutrina católica" (Idem, 45).

Ao contrário, educar sexualmente, conforme vinham propondo os médicos – esses *modernes éducateurs pornographes* – como os qualifica Jacarandá, seria oferecer "às escâncaras, à mocidade, as seduções do vício" (Idem, 44). Além de despertarem o "monstro da sexualidade", ensinariam aos jovens "como poderão entregar-se ao vício à vontade, sem ficar infeccionados..." (Idem, 44-45). Desse modo, o projeto Fontenelle não seria "saneador", pois "aceita o mal, ensinando os meios de evitar as suas conseqüências". As conferências de educação sexual viriam, para ele, apenas "aumentar os males, porque falta o temor de Deus: coisa que a contumácia da escola leiga repele..." (Idem). Aos olhos do padre, a educação sexual seria "mais de ordem privada e, sobretudo, de ordem familiar, não aceitando ensinamentos de educação pública" (Idem). Assim, a posição oficial da Igreja sustentava que, se algo devesse ser ensinado desse assunto, os professores deveriam ser os padres ou os pais.

Ao que parece, as posições católicas sobre o assunto encontrariam eco em eminentes figuras do emergente integralismo brasileiro, prontos a considerarem educação sexual e comunismo como manifestações de um mesmo perigoso *materialismo*, base das formulações tanto de Freud, quanto de Marx. As idéias de Freud, que vinham ganhando adeptos no

Brasil ao longo dos anos 20, merecem considerações especialmente agressivas da parte do padre Jacarandá, pois teriam, segundo diz, servido de suporte ao parecer favorável ao projeto Fontenelle exarado pela comissão de higiene da Câmara. Para Jacarandá, o "sr. judeu Freud (...) não pode ser orientador pedagógico, pois a sua doutrina é muito animal, muito material, muito fétida e miasmática: ela asfixia, intoxica e apodrece. Freud e seus admiradores confessam a bancarrota da vontade humana" (Jacarandá, 1931:38-39). Sem pretender aqui ser advogado "do diabo", aponto apenas o fato de que, no que tangia à "bancarrota da vontade", o padre estava, em certo nível, muito mais próximo de Freud do que imaginava. Ora, apoiando-se na doutrina do *pecado original*, ele também insistia no fato de que os homens eram naturalmente escravos do pecado e que, sem Deus, sem a graça divina, jamais se libertariam de suas paixões.[46] Quanto à influência marxista, Jacarandá citava um artigo publicado n'*O Paiz*, em que o integralista Gustavo Barroso criticava o projeto Fontenelle nos seguintes termos: "Em verdade um projeto de tal ordem só pode ser fruto da anarquia mental que vai pelo mundo por falta de crenças firmes e de princípios morais constantes. Essa anarquia é, por sua vez, fruto da irreligiosidade e, como beneficia os dominadores russos, eles a impõem às infelizes crianças de suas escolas" (*apud* Jacarandá, 1931:61).

Como já se pode notar, no campo social e político mais amplo, o modelo de intervenção proposto nos anos 20 encontrava obstáculos poderosos para sua plena realização. Apoiando-se na mesma concepção naturalista da sexualidade presente nas propostas *regulamentaristas*, em cujos termos o sexo era visto como necessidade fisiológica, o dispositivo educativo a ser implantado encontrava forte oposição em forças sociais que viam a sexualidade de outro modo. Além disso, é perceptível que, em finais dos anos 20, as propostas de intervenção começavam a se radicalizar, quer no sentido da generalização da educação sexual, quer no sentido da instituição de leis mais severas em relação à doença e aos próprios doentes. Ao longo da década seguinte, ao mesmo tempo em que a ação da inspetoria é interrompida e surgem novas vozes no campo da *luta antivenérea*, os conflitos se acentuariam, emergindo ainda mais claramente aos olhos do observador contemporâneo. Esse novo contexto e as novas inflexões que imprime à *luta antivenérea* brasileira até os anos 40 são os temas que explorarei a seguir.

[46] Para uma discussão mais aprofundada sobre a relação entre a concepção cristã/católica de pessoa e o determinismo de cunho científico que emerge ao longo do século XIX, ver Carrara, 1992.

Radicalizar, Por Que Não?

É interessante que, além da lei que tornava obrigatória a educação sexual nas escolas públicas, o médico-deputado Oscar Fontenelle tenha proposto simultaneamente uma outra, instituindo o delito de contaminação venérea. De fato, em 1927, Fontenelle já havia defendido a medida no relatório referente à viagem que, como chefe de polícia do Estado do Rio de Janeiro, fizera à Europa para estudar os métodos policiais adotados por diferentes países. Nele, Fontenelle elogiava sobretudo a Suécia, a Dinamarca, a Noruega e a Finlândia por já terem adotado o delito de contaminação (Fontenelle, 1927). Nascidos no bojo de uma mesma crítica à ação da inspetoria – tímida demais quanto ao projeto educativo e por demais "liberal" em relação aos *venéreos* –, os projetos propostos por Fontenelle sinalizavam, já em finais da década de 20, a dupla radicalização que caracterizaria a *luta antivenérea* nos anos subseqüentes: demanda crescente por intervenções educativas mais amplas e por leis sanitárias e penais mais severas, incluindo-se entre elas, além do delito de contágio, o exame pré-nupcial, a notificação e o tratamento obrigatórios da doença e o isolamento dos doentes. Ao que parece, diante do "fracasso" de uma intervenção profilática que se baseava sobretudo na generalização do tratamento médico, voltava à baila a adoção de medidas propriamente preventivas. Tais demandas não partiam preferencialmente dos sifilógrafos, embora muitas delas contassem com seu apoio. Além de muito provavelmente não estarem em posição confortável para criticarem uma política que eles próprios haviam implantado, o interesse dos membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia parece deslocar-se a partir do início dos anos 30 para o estudo da *lepra* e sua erradicação. Assim, durante a década de 1930, enquanto os artigos sobre *sífilis* escasseavam nos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, surgiam, como já apontei em capítulo anterior (*A Implantação Sifilográfica*, cap. 2), outros periódicos médicos especialmente dedicados à doença e aos temas da *luta antivenérea*. É o caso do *Jornal de Sífilis, Doenças da Pele e do Aparelho Genito-Urinário*, publicado a partir de 1930, do *Jornal de Andrologia* e do *Boletim de Educação Sexual*, que surgiram respectivamente em 1932 e 1933.

Apesar de contar, desde o primeiro número, com eminentes figuras da sifilografia nacional em seu comitê de redação, o *Jornal de Sífilis* manteria uma postura bastante crítica em relação ao modelo de intervenção desenvolvido durante a década anterior. Postura mais claramente perceptível em seus dois primeiros anos de existência, quando esteve sob a direção do médico Reginaldo Fernandes. Depois de 1932, um dos membros

do comitê de redação, Edésio Estelita Lins, assumiu a chefia da redação do periódico, que passou a se chamar apenas *Jornal de Sífilis e Urologia*. Estelita Lins foi fundador da Sociedade Brasileira de Urologia em 1926 e se tornou o primeiro catedrático da especialidade no Brasil, ao ocupar a Cadeira de Urologia criada na Faculdade Fluminense de Medicina, em 1929 (Goyanna, 1986:460).

Muito menos comprometidos com a elite médica em geral e com os sifilógrafos em particular, o *Jornal de Andrologia* e o *Boletim de Educação Sexual* são instrumentos da dupla campanha que, durante a década de 30, seria liderada no Rio de Janeiro pelo médico José de Albuquerque. De um lado, a campanha visava à institucionalização da andrologia como especialidade médica e, de outro, à disseminação da educação sexual no Brasil, meio mais efetivo, segundo Albuquerque, para se evitarem, entre outros males, as *doenças venéreas*. Em oposição à tendência repressiva mais geral que se desenhava no meio médico, a campanha de José de Albuquerque continuaria a enfatizar a importância da educação e da persuasão na *luta antivenérea*. É esse novo panorama, aberto a partir dos anos 30, que abordaremos agora.

O império da lei

Conforme dizia Fontenelle em 1931, o Brasil deveria começar a imitar os E.U.A. na defesa intransigente da raça contra o "abastardamento" (Fontenelle, 1931:10), pois, entre nós, a "disgenesia nacional" era um "espetáculo pungitivo e grave" (Idem, 55). Ora, além da criminalização da prostituição, do tratamento e notificação obrigatórios das *doenças venéreas*, vários estados americanos já haviam adotado então o delito de contágio venéreo e o exame pré-nupcial obrigatório que, entre os norte-americanos, impedia também os casamentos inter-raciais (Ribeiro, 1931:78). Além disso, alguns estados americanos começavam a praticar, nas palavras de Fontenelle, "a assexualização das pessoas atacadas de grave anormalidade mental e dos criminosos incorrigíveis" (Fontenelle, 1931:47). O médico-deputado reclamava enfaticamente toda uma nova legislação para impedir o passo da *degeneração* e o "alastramento de aleijões" (Idem, 315): "O exame pré-nupcial, a puericultura, os vários capítulos em que se desdobram e se entrelaçam a eugenia e a higiene, a guerra ao alcoolismo, à tuberculose e a lues, o delito de contágio, a educação sexual, a formação de um consciência sanitária popular, um melhor entendimento do que seja o segredo médico em face dos deveres do médico com a defesa da raça contra os seus flagelos, eis medidas consetâneas e eficazes" (Idem, 316).

Antes de mais nada, Fontenelle defendia a imediata adoção do delito de contágio venéreo que havia sido objeto de um projeto de lei de sua autoria. Para ele, a transmissão de uma *doença venérea* podia e devia ser considerada positivamente um delito porque "quase sempre" se originava da "incúria dos doentes, do seu desprezo pela saúde alheia", na "satisfação egoística e mesquinha de instintos refreáveis" (Idem, 125) ou de "impulsos coibíveis" (Idem, 12). Como dizia, a propagação dos *males venéreos* era feita "via de regra, conscientemente e, às vezes, consciente e voluntariamente" (Idem, 105). Não considerando o impulso sexual uma necessidade incoercível, Fontenelle responsabilizava duramente o *sifilítico*, sempre representado por uma figura masculina. Nesse sentido, ele escrevia n'*Os Flagellos da Raça*: "...O contaminador! Eis uma personalidade que bem merece relevo. Quase sempre agente responsável por dezenas e centenas de infecções, que espalha largamente sorriso nos lábios, alardeando cruel hipocrisia. Enorme o crime que comete, quando a vítima é a moça ou o jovem descuidados ou o cônjuge confiante. Mas que pensar desse crime, já em si indesculpável e monstruoso, quando a vítima passa a ser a desventurada meretriz, destinada, e ele o sabe, a infectar um multidão de pessoas?" (Idem, 133).

Assim, "nada mais digno de censura acre, nada mais flagrantemente criminoso" (Idem, 12) do que a contaminação *venérea*. Ora, para Fontenelle era necessário se compreender que, depois do advento da bacteriologia, o doente havia deixado de ser apenas *res sacra miser* (Idem, 104) para se transformar em "portador perigosíssimo de toxinas, de germens" (Idem, 124). "Entidade perigosa" que, se era "digna de um tratamento humanitário", tinha também a obrigação moral de assumir sua "responsabilidade biológica", principalmente quanto se tratava da *sífilis*, doença que, como lembrava Fontenelle, "deliqüescia a raça", podendo "alterar em um sentido degenerativo os discrímens normais da espécie" (Idem, 102). Desse modo, se o *problema venéreo* continuava grave no Brasil, isso se devia em grande parte à "licença de que gosa o doente para propagar o vírus de sua infecção" (Idem, 106). A criminalização do contágio era portanto justificada, necessária e urgente.

Para Fontenelle, não seria motivo para se repelir a medida o argumento de que, nesses casos, havia consentimento mútuo entre "ofendido" e "ofensor", os quais, engajando-se em uma relação sexual, aceitavam implicitamente os riscos que corriam. Ora, para o médico-deputado a vida devia ser considerada direito intangível e inalienável, "da classe dos que não podem ser renunciados por convênio privado" (Idem, 37). Igualmente improcedente era a idéia de que tal lei seria inexeqüível, pois, temendo o escândalo, os contaminados iriam muito provavelmente preferir manter

a doença em segredo. Fontenelle lembrava que, nos seus *Ensaios de Patologia Social*, de 1921, Evaristo de Moraes já havia elucidado esse ponto, afirmando não se tratar aqui de reprimir **todos** os casos, mas sim "por meio de alguns processos felizes e pela força intimidante da lei, influir no espírito público, criando a concepção da responsabilidade que assume o indivíduo, quando, atacado de blenorragia ou de sífilis, pratica o ato sexual" (*apud* Fontenelle, 1931:41).

Finalmente, segundo o médico, o delito de contágio viria substituir a polêmica regulamentação do meretrício e, afirmando juridicamente a igual responsabilidade do homem e da mulher ante o *perigo venéreo*, corrigi-la em sua unilateralidade (Idem, 32). Embora não defendesse a regulamentação da prostituição, Fontenelle não a descartava integralmente. Já em seu relatório de 1927, ao descrever os procedimentos adotados nos países regulamentaristas europeus, dizia que, embora "copiosa doutrina a julgue ineficaz", a regulamentação do meretrício vinha "abroquelar os altos interesses sociais atassalhados pelo alastramento das *moléstias venéreas*" (Fontenelle, 1927:43).[47] Assim, restava apenas imitar o que já se vinha fazendo em outros países. Teria sido justamente esse o objetivo do projeto de lei que Fontenelle havia proposto à Câmara dos Deputados em 1928, prevendo ao menos a punição da transmissão consciente das *moléstias venéreas*. No projeto, Fontenelle definia como crime de contágio venéreo: "...contaminar ou expor outrem ao contágio em relações sexuais ou imorais, ciente de sofrer enfermidade transmissível ou assim o creia; dar a criar ou receber de outrem uma criança que se saiba estar ou se pensa estar atacada de moléstia luética ou contagiosa; colocar-se ao serviço de uma família ou incumbir-se de criar uma criança sabendo-se atacada desse gênero de moléstia; confiar uma criança para criar a uma pessoa que se ache ou se suponha atacada de sífilis ou de enfermidade contagiosa, ou conservá-la em suas mãos" (Idem).

O projeto parece ter sido bem recebido por eminentes sifilógrafos, médicos-legistas, eugenistas e higienistas brasileiros, como Belisário Pena, Eduardo Rabelo, Renato Kehl, Leonídio Ribeiro, Afrânio Peixoto e Oscar da Silva Araújo, que chega mesmo a se referir a ele positivamente, em sua conferência na Faculdade de Medicina de Paris de 1928 (Araújo, 1928:20). Em 1931, dizia Leonídio Ribeiro que o projeto Fontenelle

[47] É importante lembrar ainda que, como Heráclides César de Souza Araújo, Fontenelle parece ter mantido relações privilegiadas com Belisário Pena. Isso parece indicar não só que provavelmente Pena era adepto do *sistema francês*, mas também que suas relações com Eduardo Rabelo e seu grupo não devem ter sido das mais amistosas, durante o período em que ambos estiveram no Departamento Nacional de Saúde Pública.

instituindo o delito de contágio venéreo "precisa ser aprovado e posto em vigor, tal o alcance que tem no aperfeiçoamento de nossa raça" (Ribeiro, 1931:81). E, segundo nos informa o próprio Fontenelle, a Academia Nacional de Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia também o teriam apoiado.

A inflexão da política *antivenérea* no sentido de adoção de leis mais "enérgicas" voltava também a colocar em relevo a obrigatoriedade do exame pré-nupcial que era defendido igualmente por Oscar Fontenelle, apesar de considerá-lo medida limitada por incentivar a dissimulação do *sifilítico* e a produção de atestados falsos pelos médicos. Além disso, para ele, tal exame seria necessariamente unilateral, dada a "impossibilidade de exigi-lo, por exemplo, de uma senhorinha" (Fontenelle, 1931:29).

Em 1927, outro médico-deputado e também ex-chefe estadual do serviço de profilaxia rural, o pernambucano Amaury de Medeiros, apresentava à Câmara um projeto de lei para o reestabelecimento do exame pré-nupcial facultativo para menores, suprimido, como se viu, no Código Civil de 1916. Formado no Rio de Janeiro, Amaury de Medeiros havia sido, durante a década de 20, chefe do Serviço de Saneamento Rural de Pernambuco. Foi também um dos fundadores da faculdade de medicina daquele estado, ocupando a cadeira de medicina tropical (Clementino, 1925:72). Segundo seu projeto, se o pai, tutor ou curador o desejasse, ou se houvesse denúncia ao juiz de que um dos noivos portava "defeito físico irremediável ou doença grave transmissível ao cônjuge ou à prole",[48] seria exigido dos noivos um atestado médico. Seguramente, a possibilidade de denúncia direta ao juiz buscava conferir aos médicos – os mais prováveis conhecedores das condições de saúde de certo nubente – o direito de impedirem, à revelia dos pais e dos noivos, a realização de um casamento *disgênico*. Advoga nesse sentido o fato de o projeto prever ainda que, nesses casos, o juiz poderia manter em sigilo a identidade do denunciante, reservando a si o julgamento de sua idoneidade (Idem). Além disso, procurando respeitar o pudor feminino, o projeto Amaury de Medeiros estabelecia para as noivas um exame limitado "às práticas de clínica geral e as provas de laboratório". Exames ginecológicos apenas seriam feitos nos casos em que "a gravidade da denúncia" os impusesse (Idem). Como os projetos relativos à educação sexual obrigatória e ao delito de contágio, o projeto Amaury de Medeiros não teria andamento. Para Renato Kehl, o engavetamento do projeto se explicava pelo "*dolce far niente*" do parlamento brasileiro, pela falta de uma "ética rigorosa dos parlamentares" e pelo

---

[48] O projeto enquadrava explicitamente nesses casos "a tuberculose aberta, a lepra, a sífilis contagiante, a blenorragia, o cancro venéreo, a epilepsia confirmada, a idiotia, a imbecilidade e a alienação mental em todas as suas formas" (*apud* Kehl, 1930:5).

"comportamento muitas vezes bizonho e complacente do eleitorado" (Kehl, 1930:3-4). Já para Leonídio Ribeiro, a morte do autor do projeto em 1928 teria sido decisiva para a sua não-aprovação (Ribeiro, 1931:77).

O projeto de Amaury de Medeiros foi recebido com ressalvas pelos que queriam o exame imposto obrigatoriamente a todos. Eugenistas, como Renato Kehl, médicos-legistas, como Leonídio Ribeiro, Flamíneo Fávero e Afrânio Peixoto, sifilógrafos como Eduardo Rabelo, Oscar da Silva Araújo e A. F. da Costa Jr., o queriam obrigatório.[49] Em reunião especialmente convocada pela Liga Brasileira de Higiene Mental para discutir o projeto Amaury de Medeiros, Renato Kehl afirmava que "a única e duvidosa utilidade dessa lei" era "servir de ponte para uma lei futura de ação taxativa" (Kehl, 1930:6). Mesmo assim, teria aplaudido o projeto, pois, do contrário, nada se faria (Idem, 7). Em 1929, em comunicação sobre o assunto apresentada ao 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, o médico Sílvio Boccanera também criticava a timidez do projeto. Para ele, no Brasil, dada a extensão territorial, o alto número de analfabetos e a dispersão da população, qualquer medida facultativa, cuja adoção dependesse de propaganda e educação popular, seria ineficaz. Entre nós, conforme dizia, "a educação higiênica do povo não pode prescindir da força coercitiva da lei" (Boccanera Neto, 1929:4). Leonídio Ribeiro também via na medida proposta por Medeiros apenas um modo de "preparar o terreno para que um dia se possa afinal torná-la obrigatória para todos os casos" (Ribeiro, 1931:79), pois, para o famoso médico-legista: "O casamento não deve nem pode ficar ao alcance de toda a gente, mas só daqueles que possam realizá-lo sem prejuízos para a sua prole. Já existem as exigências da idade e do parentesco, não é pois exagerado que se imponha também a da saúde perfeita dos nubentes, tudo no interesse da coletividade" (Idem).

Segundo Leonídio Ribeiro, quatorze estados americanos já apresentavam legislação semelhante àquela que o estado de Washington havia pioneiramente adotado em 1909. Nos Estados Unidos da América, até aquele momento, um milhão de pessoas já teriam sido submetidas ao exame pré-nupcial, que era também obrigatório na Suécia, Noruega, Dinamarca,

---

[49] Em artigo publicado em 1932, o docente livre e assistente da clínica dermatológica da Faculdade de Medicina do Rio, A. F. da Costa Jr., deixava entrever os delicados problemas cotidianos que alguns médicos procuravam eliminar através da obrigatoriedade do exame pré-nupcial. O sifilógrafo descrevia o caso de duas mulheres jovens (15 e 17 anos), recém-casadas, grávidas, que haviam procurado a clínica dermatológica da faculdade com lesões de natureza *sifilítica* nos lábios. Um dos maridos se deixou examinar, descobriu que fora infectado por uma prostituta um ano antes de se casar, mas abandonou o tratamento logo em seguida. O outro recusou-se ao exame, segundo Costa Jr., "alegando não ter sífilis, embora confessasse ter tido várias doenças venéreas". Ressaltando que se tratava de duas jovens de "ótimos antecedentes", "vítimas da ignorância ou irreflexão dos maridos", o sifilógrafo as considerava "provas eloqüentes da necessidade e da utilidade do exame pré-nupcial, pelo menos no homem (por enquanto)" (Costa Jr., 1933:63).

Turquia, Chile e Equador. Alemanha, Itália, Holanda, Áustria e Bélgica já haviam instalado consultórios para realizá-lo e, na Espanha e na França, sua adoção estaria sendo discutida no parlamento. Na França, pelo menos, seria necessário esperar até 1942 para que, sob o regime de Vichy, o exame pré-nupcial fosse definitivamente introduzido no Código Civil (Quétel, 1986:255). Prevendo inicialmente a realização de uma radioscopia dos pulmões e um teste de Wassermann, o exame continua obrigatório até hoje para os franceses.

Revelando claramente que, para muitos médicos, o delito de contágio e o exame pré-nupcial passavam a fazer parte de uma mesma pauta de medidas mais severas, ao defender o exame pré-nupcial, Leonídio Ribeiro escrevia em seu *Questões de Medicina-Legal*: "A preocupação de impedir a transmissão das doenças contagiosas, que tantos males têm trazido à humanidade, é tal que se chegou hoje a criar um novo crime nos códigos modernos. E esse é o delito de contágio, já existente nas legislações da Alemanha, Dinamarca, Noruega, Espanha, Finlândia, Tchecoslováquia, Áustria e Canadá. No código soviético, além do delito de contaminação, existe um artigo obrigando os doentes a tratar imediatamente suas lesões contagiantes, sob pena de prisão. Nos Estados Unidos, são já numerosos os casos de condenações pelo crime de transmissão de moléstias contagiosas. Ali também já se faz a esterilização dos indivíduos anormais e dos criminosos, afim de evitar que esses maus elementos humanos possam reproduzir-se" (Idem, 81).

A defesa da intensificação da *luta antivenérea,* através de uma política mais restritiva e impositiva, espelhava-se também claramente nas páginas do *Jornal de Sífilis e Urologia*. Quanto ao exame pré-nupcial, o jornal abria suas páginas para os que acreditavam, como o médico assistente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Arnaldo Cavalcanti, que "não é suficiente que se aconselhe o sifilítico a se tratar", sendo "indispensável que se estabeleça em nossas leis medidas proibitivas desse casamento" (Cavalcanti, 1930:15). Além disso, insistindo sempre sobre o caráter *disgênico* da *sífilis*, o jornal publicou, durante toda a década, artigos favoráveis à criminalização do contágio venéreo (Vianna, 1935; Fontenelle, 1938), ao tratamento e à notificação obrigatórios (Vianna, 1935) e à introdução da educação sexual nas escolas (Branco, 1930; Miranda, 1936), inclusive para as mulheres (Ferreira, 1932). Ressaltava também, com certa freqüência, o sucesso obtido por países como a Dinamarca, onde tais medidas haviam sido adotadas (Lapa, 1933; Esaguy, 1938). Durante os anos 30, a Dinamarca seria efetivamente o grande exemplo de política *antivenérea* bem-sucedida. Como se dizia nestes artigos, lá a *sífilis* teria sido extinta.

Diretor do periódico até 1932, o médico Reginaldo Fernandes publicava críticas contundentes à "brandura" e aos desacertos do modelo que vinha sendo adotado pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Para atacá-lo, ele se apoiava inconsistentemente sobre noções marxistas como as de "Estado burguês capitalista", "classes sociais", "forças produtivas" etc. Considerava "ridículos" os apelos à castidade e improfícuos a *profilaxia individual* e o tratamento profilático, como vinham sendo propostos até então. De fato, Fernandes nos oferece uma das formulações mais radicais da idéia de que a abstinência sexual completa era nociva à saúde. Para ele, "apelar para a castidade como elemento de êxito num programa de luta contra a disseminação da sífilis seria o mesmo que acreditar nas vantagens reais da cura da diarréia pela sutura total do ânus", pois "exigir de um indivíduo que se mantenha em estado casto até que à sua vida sexual se oponha uma vagina acolhedora é condená-lo ao inferno tremendo das psiconeuroses que a observação dos autores alemães denunciam como fatos reais e que preenchem um dos mais opulentos capítulos da literatura freudiana" (Fernandes, 1932:79-80).

Segundo ele, para que a *sífilis* desaparecesse, bastava que se instituísse o tratamento compulsório de todos os *sifilíticos*. E, do seu ponto de vista, isso só não era feito porque "...acarretaria igualmente o desaparecimento de dois comércios: 1º) Um dos mais prósperos e lucrativos ramos da medicina [a sifilografia] abriria falência completa, deixando ao desamparo uma interminável legião de profissionais que até agora vem vivendo magnificamente bem de sua atividade técnica. 2º) Também arrastado à falência seria a poderosa indústria de quimioterapia específica e que representa somas de capitais muitas vezes superiores ao orçamento da república brasileira" (Idem, 80).

Se a "profilaxia oficial", na sua expressão, ainda não adotara meios mais enérgicos era justamente porque, "segura da ineficácia de sua doutrina" (Idem, 81), não lhe interessava realmente erradicar a doença, que era, finalmente, sua própria razão de ser. Embora concordasse, em linhas gerais, com as novas medidas mais severas que vinham sendo propostas, Reginaldo Fernandes fazia algumas restrições. Assim, favorável ao isolamento compulsório dos doentes, discordava, entretanto, quanto ao fato de se implementá-lo através de uma lei penal, como era o caso do delito de contágio. O isolamento devia se dar mediante intervenção sanitária, pois, para ele, o delito de contágio venéreo se apoiava no "velho conceito da penalogia livre arbitrista" e na responsabilidade individual, seu corolário (Fernandes, 1930:331). Segundo Fernandes, "encarando o contagiante como um elemento perigoso à tranqüilidade e à saúde pública nada mais

lógico do que afastá-lo do meio, não como um criminoso vulgar, mas tão somente como um indivíduo que precisa se defender e de quem se faz mister se defender" (Idem, 332).

Além disso, ainda segundo o médico, a necessária educação sexual nas escolas apenas surtiria efeitos se, no país, a instrução deixasse de ser um "privilégio de classe" e a escola um "órgão da burguesia", "a ela destinada e por ela organizada para defesa de seus interesses". O *problema venéreo* apenas seria plenamente equacionado se também o fossem o "problema das classes" e o do "Estado burguês" (Fernandes, 1931b e1931c). Diante de tudo isso, não é difícil imaginar porque foi meteórica a trajetória de Fernandes na direção do *Jornal de Sífilis e Urologia*. De todo modo, mesmo partindo de pressupostos diferentes dos demais, as suas idéias ilustram bem a progressiva inflexão da *luta antivenérea*, durante os anos 30, em direção a políticas mais coercitivas.

Medidas como o delito de contágio e o exame pré-nupcial obrigatório encontravam apoios importantes fora do mundo médico. Defendido por Evaristo de Moraes desde o início dos anos 20 (Moraes, 1921:287), o delito de contágio venéreo começava a se tornar também objeto de um certo consenso entre os juristas. O projeto de Código Penal que o professor de direito civil da Faculdade de Direito do Rio de Janeiro, Virgílio de Sá Pereira, trouxe a público em 1927 já o incorporava. Apresentado um ano antes do projeto de lei de Oscar Fontenelle, o projeto Sá Pereira era um pouco mais restritivo, prevendo o delito apenas para os casos em que, ocultando estar contaminada, uma pessoa conseguisse manter "contato libidinoso", pelo qual transmitisse *sífilis*, *blenorragia* ou qualquer *doença venérea* (*apud* Machado, 1938). A punição prevista seria de multa e detenção de até seis meses para as contaminações não intencionais. Caso o contágio tivesse sido intencional a pena seria de prisão até três anos (Idem). Assim como já havia feito Virgílio de Sá Pereira, o professor da Faculdade de Direito de São Paulo, José de Alcântara Machado, também incorporava o delito de contaminação ao projeto de Código Penal que divulgou em 1938. O projeto criminalizava o ato de "transmitir a alguém, por meio de relações sexuais ou atos de outra natureza, sífilis, blenorragia, ou outra doença venérea de que se saiba achar-se atacado" (Idem). O projeto determinava para tais casos pena de detenção de seis meses a dois anos ou multa, ou ambas cumulativamente.

Ao analisar o projeto Alcântara Machado, a comissão revisora da Câmara teria modificado o artigo no sentido de criminalizar não apenas os casos de contágio efetivo, mas também os de exposição ao contágio, quer tivesse sido intencional ou não. No primeiro caso, a pena de prisão seria de três meses a um ano; no segundo, de um a quatro anos. Além

disso, especificava claramente que tal crime se restringia aos casos de transmissão através de relações sexuais ou "qualquer ato libidinoso". Procurava ainda resguardar a intimidade dos casais, estabelecendo que, nos casos de crime de contágio, apenas se procederia mediante a representação da parte ofendida (Hungria, 1941). Como veremos, vigente até os dias atuais, será essa a formulação finalmente incorporada ao Código Penal brasileiro de 1940, sob o Estado Novo.

Antiga reivindicação de Souza Lima, o exame pré-nupcial também encontrava defensores importantes entre "profanos". Em 1929, comentando a adesão do escritor Coelho Neto à causa, Oscar da Silva Araújo dizia que a campanha pró-exame pré-nupcial não se restringia mais aos meios médicos, "alcançando novos foros com horizontes, talvez, mais promissores..." (Araújo, 1929:VIII). Em 1930, Renato Kehl declarava que a campanha pela "regulamentação eugênica do casamento", por ele iniciada com a fundação da Sociedade Eugênica de São Paulo, era um completo sucesso, pois, mesmo não estando sancionada em lei, "conseguiu vencer a indiferença dos legisladores, e alcançou o beneplácito da maioria dos intelectuais e da parte culta do público brasileiro" (Kehl, 1930:3). Ao menos no que diz respeito ao campo político, tenho informações de que o exame pré-nupcial começava a figurar no programa de certos grupos, como a Ação Social Brasileira (Partido Nacional Facista), que integraria posteriormente o movimento integralista. Entre as várias medidas propostas para o "fortalecimento da raça", figurava explicitamente o exame pré-nupcial (Carone, 1974:293).

De fato, em 1934, os adeptos do exame pré-nupcial podiam comemorar uma vitória significativa. Particularmente influenciada por preocupações higiênicas e eugênicas, a Constituição promulgada naquele ano declarava explicitamente que a lei regulamentaria a "apresentação pelos nubentes de prova de sanidade física e mental, tendo em atenção as condições regionais do país" (*Constituição dos Estados Unidos do Brasil*, art. 145). Em 1936, o deputado gaúcho Nicolau Vergueiro tentava concretizar a disposição constitucional, apresentando à comissão de saúde da Câmara um projeto de lei que regulamentava o exame pré-nupcial no país.[50] Segundo o texto do projeto, além dos documentos exigidos pelo Código Civil, os nubentes apresentariam "atestado de que não têm defeito físico irremediável e incompatível com o casamento, ou doença grave transmissível, por contágio ou herança, ao outro cônjuge ou à descendência", ou seja, de que não eram portadores de "tuberculose aberta, lepra, sífilis contagiante, blenorragia, cancro venéreo, idiotia, imbecilidade e

[50] Para a íntegra do projeto, ver Periassu, 1941:149-151.

alienação mental sob qualquer de suas formas". O mesmo impedimento se aplicaria aos "alcoolistas" ou usuários habituais de "entorpecentes". Como o projeto anterior de Amaury de Medeiros, o de Vergueiro estabelecia uma diferenciação nítida entre os cônjuges. Assim, segundo a lei proposta: "Para os nubentes de sexo feminino, o exame se limitará às práticas da clínica geral e às provas de laboratório, a menos que a gravidade do caso reclame, além daquelas, provas ginecológicas, a juízo do médico nomeado". Além disso, a lei proposta colocava os médicos em situação bastante delicada, pois, caso o atestado não expressasse a verdade, o médico atestante poderia sofrer as sanções do Código Penal referentes ao falso testemunho e à imperícia.

Alguns médicos consideraram o projeto Vergueiro um importante instrumento para, no interesse da *espécie*, impedir que continuasse a se propagar "a série espantosa de tarados, degenerados de toda a espécie, de loucos, hemofílicos, idiotas, amorais etc." (Periassu, 1941:153). Outros, porém, o criticavam pelo "excessivo rigor" com que tratava o profissional que fornecesse atestado errado, não distinguindo claramente "o atestado falso doloso do fornecido de boa fé e na impossibilidade de diagnóstico preciso", tão comum quando se tratava de *sífilis* (Ferrão, 1941). Ao que parece, o projeto Vergueiro chegou a ser enviado ao Senado, mas sua trajetória seria interrompida pela dissolução do Congresso Nacional, em 1937. Desse modo, até 1937, os preceitos da Constituição de 1934 relativos ao exame pré-nupcial permaneceram letra morta e acabariam por desaparecer na nova Carta.

Enfim, ao se encerrar a década de 1930, o "liberalismo pragmático" ou *abolicionismo liberal*, característico da *luta antivenérea* brasileira durante os anos 20, já havia empalidecido bastante ante as novas demandas. Até mesmo os sifilógrafos que o sustentaram mudavam significativamente a ênfase de seus discursos. Assim, em 1938, Oscar da Silva Araújo reconhecia claramente que "para lutar eficazmente contra as doenças venéreas, faz-se mister enfrentar o problema sexual em toda a sua extensão. **Um plano integral de campanha antivenérea não pode consistir, apenas, em medidas sanitárias ou médico-sociais**: deve ele abranger um conjunto de providências que somente será possível pôr em prática gradativamente e de acordo com os hábitos, costumes, sentimentos, tradições, preconceitos de cada povo e segundo as condições financeiras e políticas de cada Estado" (Araújo, 1938:80, grifo meu).

Além das medidas sanitárias, Oscar da Silva Araújo arrolava como medidas legais a serem tomadas: o tratamento obrigatório para contagiantes, a notificação anônima da doença, a pesquisa pelas autoridade sanitárias dos contaminadores, a obrigatoriedade do exame pré-nupcial

e a instituição do delito civil e penal de contaminação venérea (Idem, 83). Como se verá, esse seria basicamente o conjunto de idéias discutido na apoteótica Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, organizada pelo Estado Novo, em 1940. Mas, antes de se chegar até ela, é importante considerar outros movimentos bastante singulares que, à mesma época, se desenvolviam em outros espaços sociais, apontando outras direções para a *luta antivenérea*.

O "Dia do Sexo" nas ondas do rádio

Ao mesmo tempo em que se assiste à desarticulação de todo o aparelho profilático criado na década anterior, surgia em 1933, na capital federal, uma organização civil destinada a promover a educação sexual, realizando uma inusitada e ampla agitação social em torno da profilaxia *antivenérea*. Trata-se do **Círculo Brasileiro de Educação Sexual**, cuja trajetória revela, ainda mais claramente que a polêmica suscitada pelo projeto Fontenelle de educação sexual, os conflitos políticos e culturais que se emaranhavam em torno das *doenças venéreas* e, através delas, da própria sexualidade. Ao longo dos anos 30, torna-se ainda mais evidente a posição das elites católicas e de grupos integralistas emergentes, prontos a verem na educação sexual uma prática de "comunistas", empenhados em promover a dissolução dos costumes e da família.

O fundador do Círculo Brasileiro de Educação Sexual e líder do movimento foi José de Albuquerque, médico e auto-proclamado sexólogo. Além de controvertida, sua carreira foi bastante marginal no campo médico brasileiro e, embora tenha conquistado certo prestígio no exterior, não pertencia a quaisquer academias ou sociedades médicas do país. Nacionalmente, notabilizou-se pela intensa atividade de agitação e propaganda desenvolvida na capital federal, durante os anos 30. Fundou e dirigiu instituições e jornais especializados e de divulgação científica, cujas tiragens, a se crer nos números neles divulgados, eram assombrosas. Escreveu vários livros e um sem número de artigos de divulgação, também distribuídos a todo o país através de ampla rede de jornais profanos.[51] Proferiu centenas de conferências no eixo Rio-São Paulo, organizou cursos populares, exibiu filmes educativos e utilizou sistematicamente o rádio, que já se tornava um meio de comunicação de massa, como veículo para divulgação de suas idéias. Em obra publicada no ano de 1943, arrolam-se os títulos

[51] Em 1935, já faziam parte do circuito de divulgação 700 jornais distribuídos por todo o território brasileiro (*Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº 7, 1935, p.8).

de glória do autor, quase todos conquistados ao longo da década de 30: oficial de reserva do Corpo de Saúde do Exército; membro efetivo da *Societé de Sexologie* de Paris; delegado junto a *Union Internationale contre le Peril Venérien;* membro honorário da Sociedade Mexicana de Eugenesia; membro de honra estrangeiro do 1º Congresso de Eugenia de Lima; membro honorário da 2ª Jornada Peruana Antivenérea; membro honorário do 1º Congresso de Medicina Interna do México; membro correspondente do *Instituto Argentino de la Población*; presidente honorário do Comitê de Sexologia do 1º Congresso Interamericano de Higiene Mental; membro honorário da Sociedade Médica de Valparaíso; membro honorário da *Assemblée Genérale Contre le Peril Venérien*, reunida em Haia e Amsterdam em 1936 (Albuquerque, 1943).

Antes de mais nada, José de Albuquerque empreendia uma luta no interior do campo médico, questionando as divisões disciplinares existentes. Propunha que uma disciplina especial, por ele batizada de **andrologia**,[52] passasse a se ocupar exclusivamente dos problemas da *função sexual* e do *aparelho reprodutor masculino*. Até então, como repetia com insistência, assuntos como a *impotência*, a *esterilidade*, a *ejaculação precoce*, as *doenças venéreas* etc. haviam sido impropriamente monopolizados por outras disciplinas, especialmente pela urologia, cujas pretensões combatia ferozmente. Segundo diz, os urologistas... "...por uma questão mal compreendida de amor próprio, movidos pela ambição, se recusam a ceder um palmo sequer do terreno de que indevidamente se apossaram, querendo chamar a si, a todo transe, o exercício da clínica andrológica." (*Jornal de Andrologia*, ano IV, nº 1, 1935, p.3).

Para propagandear suas idéias, Albuquerque criou, em abril de 1932, o *Jornal de Andrologia*, uma publicação trimestral de distribuição gratuita, editada sem interrupção entre os anos de 1932 e 1938. A tiragem inicial era de 12 mil exemplares, chegando a 30 mil em abril de 1935. Já em seu primeiro número, a publicação era definida por seu idealizador como um espaço aberto a todos os médicos, uma "tribuna popular, democrática e liberal"; muito mais útil à discussão, segundo escrevia, do que as associações e academias que, por seu exclusivismo, seriam uma "reminiscência de um regime anti-republicano" (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 1, 1932 1ªp.). O *Jornal de Andrologia* buscava também atingir um público internacional, pois, a partir de 1935, vinha editado em cinco idiomas; além do português, o francês, o inglês, o alemão, o espanhol e o italiano.

---

[52] A idéia de criação de cadeiras de clínica andrológica nas faculdades de medicina teria sido publicamente aventada pela primeira vez por Albuquerque em artigo publicado em *A Noite* em 1928.

Simultaneamente, José de Albuquerque se entregou a uma intensa propaganda em prol da educação sexual, para ele, verdadeira panacéa para a solução, não apenas do *problema venéreo*, mas também da desarmonia conjugal,[53] dos crimes sexuais (Albuquerque, 1937b), das perversões sexuais, das proles *taradas* e doentias, do abastardamento da raça, do charlatanismo (Albuquerque, 1935b) etc. Deslocando a discussão dos *males venéreos* para a própria sexualidade, a idéia central de seu discurso, repetida *ad nauseam* em seus inúmeros artigos, livros e conferências, era de que "sexualidade não é imoralidade", embora a *função sexual*, como qualquer outra, pudesse ser (e o era freqüentemente) "imoralizada", ao se transformar em instrumento exclusivo de prazer.

José de Albuquerque foi, sem dúvida, o representante mais coerente dos que viam a sexualidade enquanto função fisiológica, tendo como objetivos precípuos, tanto o equilíbrio orgânico, quanto a reprodução da espécie. Essa dupla finalidade da função sexual é explicitada claramente no seu *Catecismo da Educação Sexual*, súmula da doutrina que professava. Antes de se converter em livro, publicado pela Civilização Brasileira em 1940, o "Catecismo" apareceu no *Boletim de Educação Sexual*, em 1935. Sua publicação, conforme escrevia à época José de Albuquerque, tinha por objetivo sintetizar a doutrina para os que dela tinham informações fragmentadas, fornecer material educativo para os delegados do Círculo Brasileiro de Educação Sexual e também responder à "parte da corrente religiosa" que teria "interesse em deturpar a doutrina, apresentando-a como materialista" (Albuquerque, 1935c). Nele, José de Albuquerque afirmava que, como todas as outras funções, a função sexual concorria para o equilíbrio orgânico, sendo "a única que **além desta** tem um outra finalidade que é a conservação da espécie" (Idem, grifo meu). Segundo o sexólogo, a "sensação eufórica produzida pela cópula", ou "orgasmo", teria uma "efeito sedativo", extremamente benéfico ao sistema nervoso e sua ausência propiciaria o aparecimento da *neurastenia* (Albuquerque, 1943:37). Nesse sentido, alinhava-se com toda a antiga tradição médica analisada em capítulo anterior, reatando os fios da reflexão tão longamente desenvolvida por Pires de Almeida no começo do século. Como para Pires de Almeida, para ele também todo o problema residia no desvirtuamento da função pelos que nela viam apenas uma fonte de prazer. Conforme dizia, o sexo devia ser submetido a uma "moral científica" (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 3, 1932, 1ª p.) e, assim, tudo o que podia incentivar seu mau uso, como certos aspectos do carnaval e a pornografia, devia ser tenazmente combatido (Albuquerque, 1939).

[53] A esse respeito afirmava em artigo de 1935 que, uma vez educado sexualmente, "o homem compreenderá que a mulher não é apenas sua companheira, mas também a escrava de suas próprias glândulas, glândulas essas que nem sempre lhe permitem atender as vontades do esposo, como este pretende" (Albuquerque, 1935a).

Porém, se na sua luta contra os excessos e a imoralidade, José de Albuquerque podia estar de acordo com as elites católicas brasileiras, a naturalização radical da sexualidade presente em seu discurso fazia com que o sexólogo divergisse delas em pontos cruciais. Albuquerque defendia, por exemplo, o divórcio que, segundo ele, beneficiaria sobretudo a mulher, evitando o adultério e o desequilíbrio da criança, obrigada a conviver em um lar sem harmonia (*Boletim de Educação Sexual*, ano V, nº 36, 1937). Defendia também o aborto terapêutico, o controle eugênico sobre os nascimentos, a contracepção – que considerava um direito das mulheres –, a necessidade de os detentos manterem, nas prisões, relações sexuais com suas mulheres[54] e a "espermocultura" como meio de diagnóstico da blenorragia. Em poucos momentos, José de Albuquerque entrou em conflito tão explícito com a Igreja Romana quanto em 1934, ao condenar a decisão do Santo Ofício e do Papa Pio XI que proibia que se realizasse, para diagnóstico da *blenorragia*, o exame do sêmen coletado através da masturbação. A esse respeito escrevia: "Garantir que uma blenorragia está curada ou aconselhar a um antigo blenorrágico se casar, sem fazê-lo previamente por esta importantíssima prova que é a espermocultura, é, além de ser um ato inconsciente, um crime. Este crime eu não praticarei, pois, para estar bem com as prescrições ditadas pelo Vaticano, não trocarei de forma alguma de estar bem com a minha consciência (Albuquerque, 1934).

Tratando o desejo sexual como necessidade orgânica primária, Albuquerque considerava a masturbação normal até a adolescência. Em 1934, ao tratar da masturbação, dizia José de Albuquerque que "...o perigo está no fato do indivíduo se habituar a ela" e, depois da adolescência, "realizá-la por força do hábito". Segundo ele, a *neurastenia* seria menos fruto da masturbação que do medo infundado de suas conseqüências (*Jornal de Andrologia*, ano III, nº 1, 1934, p.2). Além disso, o andrologista abria espaço em seus jornais aos que achavam uma estupidez a continência sexual a que eram socialmente obrigadas as mulheres solteiras e viúvas.[55] Na verdade, José de Albuquerque combatia tão intensamente a continência sexual completa, quanto o excesso. Conforme afirmaria inúmeras vezes, a abstinência sexual "é antinatural porque pretende impor silêncio a uma função que, se existe, é porque tem um papel determinado a cumprir. Impô-la ao organismo, é obrigá-

---

[54] Ao condenar a continência sexual forçada dos detentos, José de Albuquerque apoiava-se em Freud para dizer que seria a continência a fonte das *neuroses* (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 2, 1932).

[55] Trata-se do artigo de um médico para mim desconhecido, chamado Américo Valério, constante colaborador do *Jornal de Andrologia*. Nele, o médico defendia as teorias "revolucionárias" de Freud, sua "obra pansexualista" que, segundo dizia, "as elites chamadas conscientes desconhecem ou fingem desconhecer" (*Jornal de Andrologia*, ano I, nº 2, 1932).

lo a transgredir leis biológicas e a sopitar um instinto que, bem conduzido e controlado, somente benefícios pode proporcionar ao indivíduo...” (*Boletim de Educação Sexual*, ano VI, nº 46, 1938, 1ª p.).[56]

No âmbito mais específico da *luta antivenérea*, José de Albuquerque concordava com os inúmeros médicos que, também naquele momento, consideravam, como vimos, a concentração dos esforços na chamada cura profilática dos doentes um erro. Conforme dizia, os dispensários “prestam incontestavelmente um grande trabalho de assistência ao enfermo considerado individualmente e promovem também um grande benefício social que é o de acabar com os portadores de germens...” (Albuquerque, 1943:28). Eram, porém, “arma muito fraca”, pois os doentes quase nunca faziam o tratamento convenientemente e os médicos tinham, como dizia, de viver “a cata dos enfermos” (Idem). Assim, também para ele, o fundamental era impedir o contágio através da prevenção.

Porém, se compararmos suas idéias com as que eram defendidas por outros médicos do período, veremos que José de Albuquerque mantinha posições bastante “liberais”, decorrentes, de um lado, de suas concepções sobre a sexualidade e, de outro, de sua ênfase na eficácia da educação. Quanto ao exame pré-nupcial, uma de suas bandeiras de luta, o sexólogo já havia externado suas idéias em uma série de palestras realizadas em 1930, na Rádio Club do Brasil.[57] Nelas, manifestava-se terminantemente contrário à obrigatoriedade, que, segundo dizia, ou daria lugar a fraudes por parte dos indivíduos que não fossem “eugenicamente aptos” ao casamento, ou apenas aumentaria o número de uniões livres e proles ilegítimas (Albuquerque, 1933a; 1935d). Para ele, somente uma propaganda massiva e bem orientada poderia conseguir a desejável adesão da maioria ao exame pré-nupcial. O papel do governo deveria, portanto, restringir-se à criação de serviços para sua realização gratuita, mantendo o mais completo anonimato dos consulentes, não lhes exigindo declaração de nome, residência ou local de trabalho. Além disso, devia remeter a todos os nubentes impressos incitando-os a fazerem o exame e a exigi-lo do outro cônjuge (Albuquerque, 1935d:16-17). Diferentemente dos que defendiam o exame em caráter obrigatório, o exame livre, conforme o advogava José de Albuquerque, devia atingir igualmente homens e mulheres, pois... “se o homem tem maiores probabilidades de sofrer o contágio venéreo

[56] Como se vê, não foi à toa que ele encontrou nos católicos seus mais ferrenhos opositores. Infelizmente, parto quase exclusivamente do material que, nesse sentido, o próprio José de Albuquerque oferece, pois não conheço qualquer estudo sobre as lutas da Igreja Católica brasileira quanto às questões sexuais.

[57] As palestras teriam sido proferidas durante três meses (de 11 de junho a 4 de setembro de 1930) e posteriormente reunidas em livro (Albuquerque, 1935d).

antes do casamento, devido às próprias condições de sua vida de solteiro, a mulher também não está livre ou por contato indireto, ou por herança, ou mais raramente, contato direto". (Idem, 25).

Ainda em relação ao saneamento do casamento e da reprodução, Albuquerque se posicionava terminantemente contra a lei de esterilização eugênica adotada pelos nazistas, dedicando ao tema alguns artigos no *Boletim de Educação Sexual* e no *Jornal de Andrologia*. Na imprensa médica, a polêmica sobre o assunto havia eclodido no início de 1937, opondo, segundo Albuquerque, "dois vultos das letras médicas brasileiras": Aloysio de Castro, favorável à lei de esterilização compulsória, e Hamilton Nogueira, que a combatia. José de Albuquerque era favorável à esterilização voluntária (*Jornal de Andrologia*, ano VI, nº 2, 1937, 1ª p.). Para José de Albuquerque, a função do médico era restituir a saúde aos indivíduos, e não mutilá-los. Para ele, era aceitável a esterilização voluntária, nunca procedida por métodos mecânicos, como a ligadura de canais seminais ou trompas, ou por métodos que implicassem a desorganização endocrinológica do indivíduo, como a exposição dos testículos ao Raio X. Segundo lhe parecia, o Estado deveria tornar disponíveis a todos os *tarados* ou inaptos ao casamento os meios contraceptivos conhecidos. Legalmente, o máximo que concedia era a instituição de um "delito de herança mórbida", que permitisse a responsabilização penal dos que se recusassem a utilizar os meios contraceptivos aconselhados (Idem).

José de Albuquerque era também contrário à hospitalização obrigatória dos doentes. Em artigo sobre o assunto, publicado em 1938, o sexólogo reconhecia ser o isolamento compulsório dos *venéreos* "altamente econômico" ao Estado, pois eliminava a possibilidade de eles virem a espalhar seus males. Porém, a medida seria antieconômica ao doente, obrigado a se afastar do trabalho. Assim, para Albuquerque, a medida só seria aplicável se houvesse no país um "seguro social contra a doença" (Albuquerque, 1938). Ao privar o doente de seus meios de vida e de sua liberdade, o regime de hospitalização iria apenas afastá-lo do médico, "dando azo a que se pudesse intensificar o curandeirismo e o charlatanismo" (Albuquerque, 1943:35). Nesse sentido, Albuquerque criticava também a prática ainda corrente no Exército de se hospitalizar compulsoriamente, como forma de castigo, o soldado que, apresentando-se infectado, não pudesse provar ter comparecido depois da cópula a um posto de desinfecção. Em 1943, ao prefaciar o livro de José de Albuquerque intitulado *O perigo venéreo na paz, na guerra e no após-guerra*, o chefe do Corpo de Saúde do Exército, general Souza Ferreira, iria discordar explicitamente da posição que Albuquerque mantinha a esse respeito. Segundo o general, "havendo dispensário ou posto de desinfecção ao qual a praça infectada não possa

provar que compareceu logo após a cópula infectante, a sanção punitiva é de uso entre nós e não deixa de representar mais um meio indireto para se obter a realização da tão almejada profilaxia individual. As revistas sanitárias amiudadas denunciarão aqueles que teimarem em insurgir-se contra a salutar medida do comparecimento ao posto de desinfecção" (in Albuquerque, 1943:9-10). Igualmente danosos seriam, aos olhos do sexólogo, os efeitos da notificação obrigatória das *doenças venéreas*. Como elas continuavam a ser consideradas vergonhosas, sua notificação seria, segundo ele, mais "uma barreira levantada entre os enfermos e os médicos" (Idem, 30).

Como era de se esperar de um paladino da intervenção educativa, José de Albuquerque condenava a regulamentação da prostituição. Para tanto, apoiava-se em argumentos já clássicos que denunciavam a medida como imoral, pois reconhecia a prostituição como profissão legítima; unilateral, pois atingia apenas as mulheres; e ineficaz, dando aos homens uma falsa segurança e fazendo-os desprezar qualquer profilaxia *antivenérea* (Albuquerque, 1937a e 1943). Quanto ao crime de contágio venéreo, freqüentemente apresentado como alternativa à regulamentação do meretrício, José de Albuquerque o defendia com certas restrições. Na verdade, não parecia acreditar na exeqüibilidade da medida, uma vez que "o contagiado que denunciar o seu contagiador estará publicamente divulgando a sua situação de venéreo", coisa que, dado o caráter estigmatizante da doença, poucos iriam fazer (Albuquerque, 1943:31). Entretanto, o sexólogo a apoiava porque a medida poderia infundir algum receio entre os possíveis contaminadores e, principalmente, por ser "optativa", "...podendo dela fazer uso quem quiser, nenhum prejuízo trazendo ao doente e à sociedade, pois no caso dos contagiados verem o seu estado revelado é porque eles próprios o revelaram à justiça no processo que moveram contra os seus respectivos contagiadores..." (Idem, 30-31).[58]

Obviamente, para o sexólogo, a solução do problema era a generalização da educação sexual para homens e mulheres. Tal educação, sob hipótese alguma, devia centrar-se na *profilaxia moral*, ou seja, na defesa da abstinência sexual fora do casamento. Além de ser, como vimos, sumamente danosa ao equilíbrio orgânico, para Albuquerque a medida implicava um desprestígio do casamento, pois, como dizia ironicamente, "o equipara a um recurso antivenéreo e reduz a mulher à triste condição de agente profilático, assemelhando-a a esses tubos de pomada que por um cruzeiro ou pouco mais se obtém nas drogarias" (Idem, 35). Além de criar a

[58] Para as posições de Albuquerque relativas ao delito de contágio venéreo, ver também: Albuquerque, 1933b.

obrigação moral do tratamento e do exame pré-nupcial, a educação sexual deveria divulgar sobretudo as técnicas de profilaxia *individual*, ou *autoprofilaxia*, como preferia chamar, por meio de pomadas. Albuquerque condenava particularmente o uso das "camisinhas" ou "condons". Mesmo reconhecendo que elas haviam conquistado prestígio e voga internacionais, principalmente entre as prostitutas, por funcionar também como contraceptivo; José de Albuquerque afirmava, entretanto, que, além de não oferecer total segurança como meio de impedir o contágio, a "camisinha" impedia, o que parece ser ainda mais sério, a realização plena do prazer sexual. Substituía-o por "uma sensação vaga e imprecisa", deixando o "organismo insatisfeito e irritadiço" e trazendo seqüelas tão danosas quanto as doenças que se procurava evitar (Albuquerque, 1943:36-38). Exposta em seu livro sobre a *luta antivenérea* nas Forças Armadas, essa posição de Albuquerque receberia também a crítica do general Souza Ferreira, chefe do Corpo de Saúde do Exército, para quem o "condom" era "do ponto de vista atual sanitário quase unânime, um dos melhores preservativos contra o mal venéreo" (*apud* Albuquerque, 1943:9-10). Albuquerque advogava sobretudo a disseminação de *postos, centros de ablução ou preventórios antivenéreos* para civis e militares, especialmente nos portos e navios. Dado o alto custo do empreendimento e o fato de muitos indivíduos não os procurarem por vergonha de serem vistos ou por estarem deles muito distantes, Albuquerque defendia a idéia de se exigir que bares, leiterias, cafés etc. possuíssem uma cabine sanitária "tipo mictório",[59] azulejada e iluminada, contendo sabonete líquido, papel higiênico e um "aparelho automático" para fornecimento de bisnagas com pomadas de desinfecção (Idem, 73-74). O uso desses aparelhos pelos homens seria induzido através da ampla campanha de educação sexual que o Estado deveria empreender.

Enfim, como se vê, para o sexólogo, tudo girava em torno da educação sexual e foi justamente para promovê-la que, na ausência de iniciativas oficiais, ele instalou, ao longo dos anos 30, um impressionante dispositivo de divulgação e propaganda, através do Círculo Brasileiro de Educação Sexual.

O Círculo Brasileiro de Educação Sexual foi fundado a 5 de julho de 1933. Em seu discurso como presidente eleito da instituição, José de Albuquerque afirmava que, depois de ter "auscultado" o ambiente brasileiro por alguns anos e de ter sofrido os ataque de "espíritos estacionários e retrógrados", achava que o momento era propício para o início da campanha pela educação sexual: "...há um 'frisson' em torno do movimento

---

[59] Como nos informa o próprio Albuquerque, o mais comum à época, nos sanitários, eram as latrinas.

sexual em nossa pátria... O povo está começando a se interessar pelos graves problemas da sexologia, embora o faça furtivamente, porque ainda está imbuído do conceito de que sexualidade é imoralidade" (*Jornal de Andrologia*, ano II, nº 3, 1933, 1ª p.).

Era o momento, portanto, de retirar do povo os "pesados grilhões da mentira" e libertá-lo, através da educação sexual, do "cativeiro moral", como, em 1888, ele já o havia sido do "cativeiro físico" da escravidão (Idem). Este era pomposamente o objetivo primordial da nova agremiação. Ainda em julho, em solenidade realizada no salão nobre da Associação Brasileira de Imprensa, tomava posse a primeira diretoria do Círculo. A composição das primeiras diretorias e, mais ainda, dos primeiros conselhos consultivos revela as importantes adesões que, entre a elite carioca, Albuquerque vinha conquistando à causa, principalmente entre juristas, professores, jornalistas e alguns médicos. Entre os médicos, detacavam-se Porto-Carrero (que à época já publicava livros de sexologia e de psicanálise), Renato Kehl e os psiquiatras Maurício de Medeiros[60] e Ernani Lopes, que era então presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental. Entre os juristas, o Círculo contava com o apoio de Evaristo de Moraes, do juiz Pontes de Miranda, especialista em direito da família, e dos promotores Roberto Lyra e Carlos Süssekind de Mendonça, que também dirigia à época os jornais *A Batalha* e *A Esquerda*.[61] Entre jornalistas, escritores e editores, encontramos Berilo Neves, Raquel Prado, José de Freitas Bastos e Herbert Moses, já então presidente da Associação Brasileira de Imprensa. Entre os educadores, detacava-se a participação de Armanda Alvaro Alberto, casada com o também educador Edgar Süssekind de Mendonça e conhecida como uma das pioneiras do movimento de reformulação da educação que, à época, tinha em Fernando Azevedo e Anísio Teixeira seus teóricos mais conhecidos.

Já em setembro de 1933, surgia o primeiro número do *Boletim de Educação Sexual*, órgão oficial da nova entidade. Publicado bimestralmente durante o período de 1933 a 1939, o boletim era distribuído gratuitamente para todo o país, chegando a ter a incrível tiragem de 100 mil exemplares por número, entre os anos de 1934 e 1939. Cobrindo sistematicamente as atividades do Círculo e promovendo a figura de seu fun-

---

[60] Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Maurício de Medeiros parece ter sido responsável por um dos poucos gestos de reconhecimento da elite médica brasileira em relação a José de Albuquerque. Em 1935, organizou no Rio de Janeiro uma Conferência Pan-Americana de Higiene Mental, criando uma seção de sexologia em Higiene Mental, cuja presidência entregou a Albuquerque.

[61] Carlos Süssekind de Mendonça já havia abordado o problema da educação sexual em 1927, no livro *Algumas sugestões à educação sexual dos brasileiros*, que, infelizmente, não me foi possível localizar.

dador, o *Boletim* era basicamente uma publicação de divulgação e combate, contendo artigos curtos, em linguagem acessível, cheio de ilustrações e de fotos. Realizava campanhas, promovia enquetes e distribuía cartazes para serem afixados pelos leitores em lugares públicos. Também a partir de 1933, o Círculo passou a promover cursos populares de sexologia. O primeiro desses cursos, "sobre noções básicas de sexologia", foi inaugurado a 12 de setembro de 1933, no salão nobre do Liceu de Artes e Ofícios do Rio de Janeiro. Compunha-se de uma série de palestras semanais, versando sobre o processo reprodutivo, os órgãos e funções sexuais masculinas e femininas e suas alterações mórbidas, higiene sexual e o impacto dos problemas sexuais sobre a descendência (*Boletim de Educação Sexual*, ano I, nº 1, 1933, p.2). Na aula inaugural, José de Albuquerque não só procurou demonstrar que sexualidade não era imoralidade, mas também que o ensino da educação sexual não era incompatível com a religião, tema recorrente em toda a sua campanha e que visava obviamente romper as resistências das elites católicas. Em notícia publicada no *Jornal de Andrologia*, dizia-se que as palestras vinham tendo uma audiência de 300 a 400 pessoas, entre as quais "sobressai o elemento feminino, o que é bem significativo entre nós..." (*Jornal de Andrologia*, ano II, nº 4, 1933, p.4).

Em 1934, o Círculo promoveria a primeira de uma série de **Semanas de Educação Sexual**, sempre realizadas no mês de julho. A solenidade de instalação da primeira dessas "Semanas" foi realizada na Associação Brasileira de Imprensa, onde discursaram, além de José de Albuquerque, J. P. Porto-Carrero, Carlos Süssekind de Mendonça, Maurício de Medeiros, Armanda Alvaro Alberto e Berilo Neves. A livraria Freitas Bastos abriu suas portas para abrigar uma exposição de quadros alusivos à educação sexual. E, no cinema Broadway, exibiram-se filmes educativos *antivenéreos*, cedidos pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, cujo diretor era ainda Oscar da Silva Araújo. Como parte das atividades da Semana, Albuquerque realizou ainda uma série de breves conferências radiofônicas, transmitidas pela Rádio Cajuty e uma série de palestras populares, no Liceu de Artes e Ofícios, abordando, entre outros temas, o problema das *doenças venéreas*, suas conseqüências e os meios de evitá-las. Ainda como parte das atividades do evento, inaugurou-se um **Posto Gratuito para Conselhos Sexuais**, que funcionaria até pelo menos o final da década (*Boletim de Educação Sexual*, ano II, nº 5 e 6, 1934). No final do ano de 1934, José de Albuquerque já computava 35 palestras realizadas em diferentes cinemas da capital federal.

O ano de 1935 seria particularmente auspicioso para as atividades do Círculo. No mês de julho, a 2ª Semana de Educação Sexual realizou-se em São Paulo, para onde os membros do Círculo se deslocaram em

"caravana". Na sessão de abertura, além do secretário estadual de Educação e Saúde, teriam comparecido representantes do governador e do prefeito de São Paulo. Durante a Semana, inaugurou-se a Filmoteca de Educação Sexual, com a exibição pública do que parece ter sido o primeiro filme brasileiro sobre o assunto, confeccionado independentemente pelo próprio Círculo. Além da filmoteca, em sua sede no centro do Rio, o Círculo mantinha abertos ao público uma Pinacoteca e um Museu de Educação Sexual. Aproveitando a viagem a São Paulo, José Albuquerque levaria ainda sua pregação às cidades paulistas de Campinas, São Carlos e Santos. Nos anos subseqüentes, a 3ª e 4ª Semanas de Educação Sexual voltariam a ser realizadas no Rio de Janeiro, contando com a participação de inúmeras rádios locais que divulgavam as idéias de José de Albuquerque.

O Círculo Brasileiro de Educação Sexual passou também a dar apoio decisivo à comemoração do **Dia Antivenéreo** que, por idéia do presidente da Liga Brasileira de Higiene Mental, Ernani Lopes, passou a ser oficialmente comemorado no Brasil, Argentina e Uruguai. O **Dia Antivenéreo** seria comemorado até meados da década seguinte. Inicialmente, o evento parece ter mobilizado médicos da Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária do novo Ministério da Educação e Saúde, como Francisco Eugênio Coutinho que, em 1935, fez uma conferência radiofônica (Coutinho, 1935). Porém, ao menos durante os anos 30, as comemorações foram praticamente deixadas a cargo do Círculo Brasileiro de Educação Sexual, que se incumbiu também de representar oficialmente o Brasil em pelo menos uma importante reunião internacional: o Congresso Internacional contra o Perigo Venéreo, realizado em Haia, em 1936.

Além de comemorar o Dia Antivenéreo, o Círculo instituiu o **Dia do Sexo** e o festejou pela primeira vez a 20 de novembro de 1935. Conforme se anunciava no *Boletim de Educação Sexual*, a principal finalidade do evento era "fazer a reabilitação moral do sexo, mostrando que nenhuma razão séria existe para que se o tome na conta de imoral" (*Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº 9, 1935). Naquele ano, as solenidades do Dia do Sexo se realizariam com pompa no Instituto Nacional de Música, contando com adesão de várias estações de rádio, especialmente da Rádio Ipanema. O comandante do Corpo de Bombeiros teria autorizado a banda da corporação a tocar graciosamente, à entrada do Instituto, o "Hino à Educação Sexual", sob a regência do maestro Pinto Jr. No interior, a maestrina Joanídia Sodré regia a Grande Orquestra Sinfônica, interpretando a "Ode ao Sexo", poema sinfônico de José de Albuquerque, musicado especialmente pelo maestro Assis Republicano para ser ouvido em primeira audição. Durante a solenidade, José de Albuquerque realizou a palestra "Divagações sexológicas" e, na Hora do Brasil, cujo microfone lhe teria

sido franqueado pelo Departamento de Propaganda do Ministério da Justiça, dirigiu-se pelo rádio a todo o país. Simultaneamente, vários outros membros do Círculo se faziam ouvir em outras estações de rádio locais. Segundo os dados divulgados pelo Círculo, com capacidade para 1.200 lugares, o Instituto de Música abrigou três mil pessoas, que teriam ficado até o fim da cerimônia. Além disso, o Círculo obteve ainda a autorização do então prefeito Pedro Ernesto para a colocação, nas ruas do Rio de Janeiro, de três mil cartazes alusivos à campanha. Mais ou menos nos mesmos moldes, o Dia do Sexo seria comemorado ainda nos anos de 1936 e 1937.

Toda essa agitação em torno do *problema sexual* parece ter incomodado especialmente os círculos católicos. Em 1936, José de Albuquerque diria, por exemplo, do primeiro Dia do Sexo, comemorado no ano anterior: "alguns católicos apressados receberam no ano passado essa data num ambiente de chalaça, procurando cobri-la de ridículo" (*Boletim de Educação Sexual*, ano IV, nº 7, 1936, 1ªp.). Porém, contra os católicos, o Círculo parecia contar com apoio ativo do prefeito do Distrito Federal, do "tenente civil" Pedro Ernesto. Até sua prisão, em abril de 1936, sob acusação de cooperar com os comunistas, Pedro Ernesto teria facilitado as atividades de José de Albuquerque, que, em 1937, o reconhecia explicitamente: "Na capital do país, iniciamos a nossa propaganda por meio de cartazes no governo Pedro Ernesto, que criou todas as facilidades para que pudéssemos levá-la adiante, mas, questões de ordem política, o afastaram da prefeitura do Distrito Federal, onde em seu lugar foi guindado o padre Olímpio de Melo, que moveu de forma antipatriótica uma oposição tenaz à nossa iniciativa, motivo porque a propaganda por cartazes murais, no Rio de Janeiro, não conseguiu atingir as proporções que pretendíamos" (Albuquerque, 1937a:37).

Talvez tenha sido também o apoio do prefeito à causa defendida por Albuquerque que o levaria a assumir, nos primeiros meses de 1936, a primeira (e talvez a última) cátedra de clínica andrológica do Brasil e do mundo, instituída na Universidade do Distrito Federal, que Pedro Ernesto e Anísio Teixeira haviam fundado no ano anterior. A vitória da andrologia no Brasil, festejada estridentemente pelo *Jornal de Andrologia*, não iria ser, entretanto, duradoura. Já nos primeiros meses de 1938, com a reitoria da Universidade ocupada pelo intelectual e militante católico Alceu de Amoroso Lima, José de Albuquerque pediria demissão, alegando não ser possível ministrar o curso sem enfermaria especializada (*Jornal de Andrologia*, ano VII, nº 2, 1938). Embora não tenha informações detalhadas sobre os meandros da trajetória de Albuquerque na universidade, a sua relação com o último reitor não deve ter sido das mais amistosas. Seu conflito com os católicos era flagrante e o próprio

Alceu de Amoroso Lima já havia merecido críticas nominais no *Boletim de Educação Sexual*. Em maio de 1937, o boletim havia publicado artigo de um obscuro Nilo Silveira Verneck que, revelando o fulcro das divergências entre os adeptos da educação sexual e os intelectuais católicos, atacava explicitamente Amoroso Lima: "Se desejamos, portanto (e quem há que não o deseje?) exterminar a sujeira, **não da função sexual em si, como vociferam irmãos da ópa sob a batuta fruta-cor do sr. Tristão de Ataíde**, mas sim das deturpações que a enodoam, não há senão incentivarmos a campanha ciclópica da educação do sexo" (*Boletim de Educação Sexual*, ano V, nº 31, 1937, p.8, grifo meu).

Apesar da simpatia mais ou menos evidente conquistada entre setores mais à esquerda no espectro político de então, José de Albuquerque procurou sempre defender-se da acusação de comunista ou materialista, que dizia lhe endereçavam os católicos. Em janeiro de 1936, em referência clara à Intentona Comunista que agitara a capital no final do ano anterior, Albuquerque fazia publicar na primeira página do seu *Boletim de Educação Sexual* um artigo intitulado "A educação sexual e o combate ao extremismo". Nele, Albuquerque escrevia que: "A educação sexual promovendo o equilíbrio biológico e moral da criatura humana, fá-la fugir dos extremos que acarretariam fatalmente o desequilíbrio de si mesma, ficando dessa forma garantido o equilíbrio social, no dia em que todas as criaturas houverem recebido tal educação" (*Boletim de Educação Sexual*, ano IV, nº 1, 1936, 1ªp.).

Mais explicitamente, em fevereiro de 1936, em artigo intitulado "Educação sexual e defesa nacional", Albuquerque dizia ser a educação sexual uma arma contra esse "inimigo sutil e invisível, que é a palavra a serviço de idéias subversivas e demolidoras", que pretendiam destruir a família, "célula mater" da nacionalidade. Mesmo assim, sua campanha iria continuar sofrendo a oposição, não só de católicos, mas também dos integralistas, que, como se viu, na voz de Gustavo Barroso, já haviam criticado a lei de educação sexual obrigatória proposta por Oscar Fontenelle. Depois que foram alijados do poder por Vargas no início de 1938, José de Albuquerque pôde denunciar mais claramente as perseguições que vinha sofrendo da parte de integralistas. Assim, na edição do boletim referente aos meses de maio e junho de 1938, ele escrevia um artigo intitulado "A campanha da educação sexual e o integralismo". Nele, dizia que, depois de ter recusado inúmeros convites para se integrar às hostes do Sigma, passou a ser sistematicamente atacado por elas. Logo depois da Intentona, os integralistas "...aproveitaram-se dos momentos de confusão que os movimentos comunistas geraram, para intercederem junto às autoridades no sentido de pleitearem o fechamento do Círculo

Brasileiro de Educação Sexual, proibir a circulação do Boletim e a prisão dos chefes do movimento de educação sexual. Não lograram êxito!" (*Boletim de Educação Sexual*, ano VI, nº 43, 1938, 1ªp.).

A partir de 1938, embora seja menos agressivo com comunistas do que com os integralistas, José de Albuquerque elogia Vargas e seu Estado Novo, justamente por terem destroçado os dois "extremismos", "essas duas ideologias dissolventes da nacionalidade" (Idem, p.2). Albuquerque passava a apoiar ostensivamente o Estado Novo, independente do fato de o golpe de 1937 ter cassado sua candidatura a deputado federal, propagandeada intensivamente no *Boletim de Educação Sexual*, durante todo o ano de 1937. Candidato sem partido, o sexólogo queria levar ao Congresso uma "política técnica" e defendia uma "plataforma sexológica" cujos principais objetivos seriam: organizar um plano nacional de educação sexual e *antivenérea*; amparar as mães antes, durante e após o parto, bem como a sua prole; amparar as mães solteiras e seus filhos; regular o direito de controle de natalidade; instituir o divórcio; tornar obrigatória a criação de postos para exame pré-nupcial; obrigar as autoridades a instalarem preventórios *antivenéreos*; punir o contágio venéreo; criar, em todas as faculdades de medicina, a cadeira de clínica andrológica; e, finalmente, intensificar a repressão ao tráfico de mulheres (Albuquerque, 1937a). Em suma, Albuquerque propunha que o Estado encampasse e ampliasse a sua campanha, que até aquele momento, segundo dizia, havia sido custeada por sua "fortuna particular" (Idem, 27).

Efetivamente, desde o início dos anos 30, as iniciativas oficiais relativas à *luta antivenérea* voltaram à dispersão e à timidez que as haviam caracterizado até os anos 20. E, apenas em 1940, o Estado Novo se mobilizaria em relação à profilaxia da *sífilis*, promovendo a maior conferência sobre o assunto a que o Brasil assistiria nesse quase um século de *luta*.

Uma luta sem comando

Como se viu, em 1934 o Departamento Nacional de Saúde Pública foi substituído pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, dependente do novo Ministério da Educação e Saúde Pública. No bojo das reformas empreendidas por Vargas, desaparecia a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e, a partir de então, do ponto de vista do governo federal, parece terem sido poucas as realizações notáveis. Entre elas, temos a instalação, entre 1936 e 1938, do **Serviço Antivenéreo das Fronteiras**, que, ao menos inicialmente, dizia respeito apenas às fronteiras entre Brasil e Uruguai. Sua criação estava prevista

desde 1912, quando se teria firmado um convênio (sancionado em 1928) entre os dois governos. O serviço tinha sua sede em Porto Alegre, onde também funcionavam um laboratório especializado e um dispensário modelo. Ao longo da fronteira, foram instalados dispensários nas seguintes cidades: Livramento e Quaraí, em 1936; Uruguaiana, Santa Maria, D. Pedrito, Bagé, Jaguarão, Santa Vitória, Rio Grande, Itaqui e São Borja, em 1937. Durante o ano de 1937, os onze dispensários já teriam atendido nove mil pessoas (Albuquerque, 1937a:62-64).

No Distrito Federal, depois da reforma de 1934, apenas os serviços mantidos pela Fundação Gaffrée-Guinle continuavam funcionando. Neles, de 1930 a 1934, teriam sido matriculados perto de 69 mil indivíduos. Em 1934, finalizadas as obras de seu hospital, a Fundação começou a instalar leitos gratuitos para *venéreos*. Porém, depois da extinção da inspetoria e de seu serviço de enfermeiras visitadoras, nota-se uma diminuição progressiva do número de matrículas nos serviços da Fundação. Para o período de 1935 a 1939, por exemplo, o número total de matrículas foi de 34.741, ou seja, a metade do número correspondente ao período de 1930 a 1934, quando ainda funcionava a inspetoria.

Ao que parece, foi para contornar tal situação que, sob o Estado Novo, tentou-se retomar, a partir de novembro de 1938, as visitas domiciliares às prostitutas do Distrito Federal, agora por iniciativa da polícia. Através de um acordo entre o chefe de polícia Filinto Müller e a Fundação Gaffrée-Guinle, criava-se o **Serviço Antivenéreo da 1ª Delegacia Auxiliar**. Voltado às prostitutas, o plano de ação focalizava formalmente a educação individual por meio de visitas médicas a domicílio e encaminhamento de mulheres ao ambulatório para prostitutas existentes na Fundação Gaffrée-Guinle. Em 1939, no hospital da fundação, surgia também a **Enfermaria Eduardo Rabelo**, que, sob a chefia do sifilógrafo Joaquim Mota, contava com 28 leitos para o internamento das prostitutas contagiantes. Segundo Thompson Motta, à época diretor-geral da Fundação Gaffrée-Guinle, graças à articulação das autoridades da saúde pública e da polícia do Distrito Federal, havia se tornado possível hospitalizar sistematicamente as prostitutas com lesões contagiantes, submetendo-as a tratamento até o desaparecimento do perigo de contágio. Tendo alta na enfermaria, as prostitutas passavam a freqüentar o Ambulatório de Prostitutas, chefiado por Jorge Cunha. Com a intervenção da polícia, a freqüência ao ambulatório passou de 317 comparecimentos, em 1938, para quase três mil, em janeiro de 1939 (Mol, 1939:13). A iniciativa da polícia do Distrito Federal logo levantaria suspeitas de *regulamentarismo*. Em entrevista concedida ao jornal *A Tarde*, depois publicada no *Boletim de Educação Sexual*, Albuquerque elogiava a iniciativa da polícia por ter uma

caráter educativo e não coercitivo, condenando mais uma vez a regulamentação da prostituição (*Boletim de Educação Sexual*, ano VII, nº 48, 1939, p.3). Além disso, vários médicos iriam criticar a iniciativa da polícia carioca, por considerá-la *regulamentarista*.

Como no Distrito Federal, nos estados surgiam iniciativas mais ou menos isoladas. No Rio Grande do Sul criavam-se vários serviços direta ou indiretamente voltados para as *moléstias venéreas*: serviços de profilaxia da sífilis, higiene pré-natal, inspeção de saúde e exame pré-nupcial etc. Aliás, o Rio Grande do Sul parece ter sido o único estado brasileiro a instituir um serviço específico para exames pré-nupciais. No período entre 1938 e 1940, atendendo aos pedidos de todos esses serviços, o Laboratório de Microbiologia do Rio Grande do Sul teria realizado mais de 10 mil provas sorológicas.

Em São Paulo, em 1931, o Serviço Sanitário do estado criou uma **Inspetoria de Profilaxia da Sífilis e Moléstias Venéreas**, que, posteriormente, montaria dispensários para atendimento de prostitutas. Durante os seis anos de funcionamento dos dispensários, cerca de quatro mil mulheres teriam sido aí examinadas. Os dispensários teriam contado também com a ação de um serviço social, executado por três visitadoras da saúde pública, que percorriam todas as casas de tolerância, fichando sanitariamente as mulheres que lá encontravam (Macedo & Marques, 1941). Em 1938, sob a administração de Ademar de Barros, criou-se o Departamento Estadual de Saúde, e a Inspetoria de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas foi extinta. Segundo declaram em 1940 os médicos paulistas Rui de Azevedo Marques e Vieira de Macedo, em mais de sete anos de atividade, a Inspetoria de Profilaxia da Sífilis e Moléstias Venéreas de São Paulo teria exercido a sua atividade "com grande eficiência" em cinco dispensários, os quais teriam atendido mais de 400 mil pessoas (Macedo, 1941b). Além da assistência clínica, a inspetoria paulista teria desenvolvido grande atividade no campo da educação sanitária, tanto na capital, quanto no interior. Em 1939, os serviços de profilaxia foram novamente reorganizados no estado. Na capital, além de um dispensário para prostitutas, criou-se também um Dispensário para Domésticos. Fora as iniciativas oficiais, a *luta antivenérea* no estado continuou a contar com os esforços da Liga de Combate à Sífilis que, a cargo dos estudantes, continuava a prestar serviços à população da capital da mesma ordem que os oferecidos pelo estado (Germeck, 1941:212). Articulada à Santa Casa de Misericórdia, a Liga estava, à época, sob a orientação clínica do sifilógrafo Aguiar Pupo. Também os estudantes da Escola Paulista de Medicina fundaram em 1938 serviço semelhante: o Centro de Higiene Social sob a orientação do catedrático de dermatologia e sifilografia, à época Nicolau Rossetti (Malheiro, 1941:217).

Enfim, a única grande iniciativa do governo federal nesse período parece ter sido a organização de uma enorme conferência em 1940, a **1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis**, que, coordenada pelos sifilógrafos, reuniria no Rio de Janeiro, além dos responsáveis por diversos serviços de saúde estaduais, federais e municipais, especialistas e intelectuais de diferentes áreas e feitios, como veremos a seguir.

A grande conferência de 1940

Em meados de 1940, os *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia* começavam a anunciar a realização da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, que reuniria "não só médicos especialistas no assunto, mas também higienistas, juristas e sociólogos, que estudarão o problema sob todos os aspectos de maneira a obter a cooperação de todas as classes sociais em uma campanha profilática, cujo alcance é inútil encarecer..." (*Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano 15, nº 2, 1940, p. 135). Secretário-geral da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia durante toda a década de 30 e médico da Fundação Gaffrée-Guinle,[62] Joaquim Mota era o presidente da conferência que aconteceu em setembro de 1940.[63]

Realizado na Associação Brasileira de Imprensa, o encontro mobilizou autoridades federais e estaduais de todo o país e também representantes de inúmeras sociedades civis. Como presidentes de honra, tinha o próprio ministro Gustavo Capanema e o prefeito do Distrito Federal, Henrique Dodsworth. Entre os cinco vice-presidentes de honra, estavam o secretário de Educação e Cultura do Distrito Federal, o diretor do Departamento Nacional de Saúde e os diretores de Saúde da Guerra e Saúde Naval. Havia ainda um conselho de honra que, sob a presidência de Guilherme Guinle, reunia mais onze membros, entre os quais, o presidente da Academia Nacional de Medicina, Aloysio de Castro, o diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Fróes da Fonseca, o diretor do Instituto Oswaldo Cruz, Antonio Cardoso Fontes, o presidente da Ordem dos Advogados do Brasil, Augusto Pinto Lima, o diretor da Fundação Gaffrée-Guinle, Thompson Motta, o presidente da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia, Manuel de Abreu, o presidente da Liga de Defesa Nacional, Fernando Magalhães e ilustres professores, como Afrânio Peixoto e Fernando Terra.

[62] Na presidência e na vice-presidência da entidade, mantinham-se ainda Eduardo Rabelo e Oscar da Silva Araújo.

[63] A comissão executiva contava ainda com o desembargador A. Sabóia Lima, Artur Moses, Luis Aranha e J. Peregrino Jr.

O conselho técnico deveria ter sido presidido por Eduardo Rabelo, que morreu alguns meses antes do início dos trabalhos. Rabelo tornou-se, como se pode imaginar, o foco de inúmeras homenagens, entre as quais a manutenção de seu nome na presidência de tal conselho, que contava ainda com a participação do sifilógrafo Oscar da Silva Araújo e do jurista Nelson Hungria. Presidido pelo diretor do Departamento de Imprensa e Propaganda de Vargas, Lourival Fontes, o conselho de cooperação social era composto pelo presidente da Associação Brasileira de Imprensa (ainda Herbert Moses), o vice-presidente da Cruz Vermelha, os presidentes do Sindicato dos Médicos e da Associação Cristã de Moços, o provedor da Santa Casa de Misericórdia, entre outros. Além disso, delegações oficiais vinham representando os estados brasileiros, algumas repartições públicas federais – como a Diretoria de Saúde da Guerra, o Serviço de Saúde do Exército, a Divisão de Saúde Pública do Departamento Nacional de Saúde, o Instituto Oswaldo Cruz etc. –, as mais importantes faculdades de Medicina e algumas associações civis – como a Associação Brasileira de Educação, o Instituto Brasileiro de Cultura, a Associação Paulista de Medicina, a Sociedade Brasileira de Urologia, a Liga de Defesa Nacional, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, a Ação Católica Brasileira, o Clube Militar, a Liga de Futebol do Rio de Janeiro etc... Entre os delegados, alguns já são nossos conhecidos, como o sexólogo José de Albuquerque, representante do Instituto Brasileiro de Cultura, o sanitarista Heráclides César de Souza Araújo, que representava a Faculdade de Ciências Médicas e o Instituto Oswaldo Cruz e Alceu de Amoroso Lima, porta-voz da Ação Católica Brasileira. Além das discussões e recepções de praxe, o programa da conferência previa ainda uma sessão extraordinária da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifiligrafia, uma visita ao hospital da Fundação Gaffrée-Guinle (ao seu Ambulatório de Sífilis Nervosa e ao seu Instituto de Neuro-Sífilis) e a entrega de prêmios aos artistas vencedores de um concurso de cartazes educativos, instituído anteriormente pela conferência.

A 22 de setembro de 1940, sob o "alto patrocínio" de Getúlio Vargas, instalava-se um evento que parecia sinalizar um novo compromisso do Estado brasileiro com a *luta antivenérea*. Em seu discurso de abertura, Gustavo Capanema anunciava então a "alvorada da campanha decisiva" e, em clara referência à interrupção da campanha em 1934, dizia ele: "Fruto de anos de incompreensão e indiferença, faltou, por muito tempo, a necessária continuidade de ação e o sentido nítido do relevo eminentemente nacional do combate às doenças venéreas. Paralelamente a isto, os agentes da medicina pública, empolgados pela solução de outros problemas sanitários, foram re-

legando para segundo plano o ataque sistematizado da doença que mais tem contribuído para a degeneração do indivíduo e a degradação da espécie" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis*: 1941:46).

Capanema reconhecia ser "...necessário que se monte em todo o país, de modo pleno e adequado, o armamento antivenéreo, que assegure à toda população os serviços necessários de caráter preventivo e curativo" (Idem, 39). E Joaquim Mota lembrava que a "nova ordem de coisas", instalada no país com o Estado Novo, era favorável "aos grandes empreendimentos, principalmente quando se tratava de um mal que entravava o povoamento do país, incapacitando multidões" (Idem, 43-44). Discursando na solenidade de abertura em nome das delegações estaduais, o chefe da delegação fluminense, o médico Mário Pinoti, dizia que, no "esforço de reconstrução nacional", o governo não poderia ficar indiferente a "um dos mais graves e complexos problemas do Brasil contemporâneo" (Idem, 44-45). Tal problema, acrescentava, depois de "um período brilhante" devido ao talento de Carlos Chagas e Eduardo Rabelo, havia sido relegado a "plano secundário", chegando a uma fase de "lamentável e criminosa complacência" (Idem). Também ao discursar na solenidade de instalação da conferência, representando a Academia Nacional de Medicina, Eugênio Coutinho lembrava que, em contraste com as vitórias alcançadas em relação a outras doenças infecciosas (*febre amarela*, *malária*, *peste*, *lepra*), em matéria de *sífilis* – "o mais sombrio e incidioso inimigo do Brasil" –, "andamos a retrogradar como carangueijos" (Idem, 48). Repetindo uma idéia que, como vimos, era comum entre os médicos da década de 30, Coutinho relacionava esse "atraso" ao fato de a preocupação dominante ter sido até ali com o "ataque à doença pela terapêutica específica" e não com "a verdadeira profilaxia, pelo impedimento à aquisição da doença ou prevenção do contágio" (Idem). No mesmo sentido, e antecipando as questões-chave a serem discutidas, Capanema indagava, durante a cerimônia, à seleta audiência: "Adotaremos a notificação compulsória? Introduziremos em nosso direito positivo o delito de contaminação venérea? Estabeleceremos a obrigatoriedade do tratamento por toda a parte, dos doentes? Exigiremos o certificado pré-nupcial? Fixaremos dispositivos legais para a prostituição?" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:40).

Questões que já iam se tornando seculares, mas que nunca haviam merecido, no Brasil, um foro autorizado tão amplo e diversificado de discussão. Contabilizados todos os seus membros, a 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis reuniu no Rio de Janeiro perto de 300 participantes de todo o país. Quase uma centena de memórias foram apresentadas em diferentes sessões, segundo os temas oficiais da conferência:

balanço estatístico da doença; prostituição, educação sexual, propaganda e exame pré-nupcial; tratamento e notificação obrigatórios; padronização de métodos diagnóstico e controle estatal dos laboratórios; repressão ao charlatanismo e delito de contágio venéreo. Começarei a análise e descrição dos debates que aí ocorreram pela sessão em que se discutiu **educação sexual**, **propaganda antivenérea**, **exame pré-nupcial** e **censura à imoralidade** no cinema e na literatura. Presidida pelo desembargador Sabóia Lima, a ela compareceram, entre outros, Alceu de Amoroso Lima, Jônatas Serrano, José de Albuquerque e Leonídio Ribeiro.

Diante dos inúmeros casos de abandono de tratamento ou de imprevidência ante às possibilidades de contágio, a necessidade e urgência da educação sexual e antivenérea era amplamente reconhecida por todos. Porém, o consenso terminava aí, pois os impasses quanto à natureza da sexualidade continuavam a circuncrever posições inconciliáveis. A orientação católica transparecia claramente na memória do médico Hamilton Nogueira, que atacava de modo contundente o "materialismo instintualista freudiano" da psicanálise e a "pedagogia naturalista" da sexologia, como métodos para educação sexual das crianças e dos jovens. Citando abundantemente os teólogos da Igreja, defendia a idéia de que não se deveria confundir "educação sexual" com "higiene" ou "instrução sexual", ou seja, de que a educação sexual não deveria se restringir a uma "súmula de conhecimentos de anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos sexuais e dos meios capazes de evitar as doenças venéreas e certas aberrações sexuais" (Nogueira, 1941:21). Ao contrário, sempre ministrada separadamente segundo o sexo do educando, de preferência individualmente, a educação sexual deveria visar ao desenvolvimento gradativo da **vontade** contra o **instinto** e à valorização da fidelidade conjugal e da continência sexual, combatendo o "preconceito", ainda difuso segundo ele, de que a abstinência trazia malefícios orgânicos. Assim, em suas palavras, a educação sexual deveria consistir basicamente na "preparação da criança e do adolescente para o matrimônio monogâmico, estável, indissolúvel, **única instituição natural** que permite ao sexo atingir toda a sua grandeza" (Idem, grifo meu). Em sua ênfase na continência sexual como a única arma eficaz contra a *sífilis*, Hamilton Nogueira era secundado especialmente pelo médico da Fundação Gafrée-Guinle, José Pena Peixoto Guimarães (Guimarães, 1941:49). Também Heitor de O. Cunha, referindo-se à *sífilis*, afirmava que: "Como profilaxia segura, que não falha, capaz mesmo de riscá-la da lista negra das infecções graves, só há um meio: a castidade" (Cunha, 1941:139).

Opinião divergente manifestava obviamente José de Albuquerque, que, além das idéias que já conhecemos, vinha defender especialmente a importância da educação sexual das mulheres que, na escola, deveriam

receber ensinamentos sobre o assunto em conjunto com os meninos e rapazes (Albuquerque, 1941). Ainda mais explícito seria Arnaldo Zeo. Referindo-se especialmente aos rapazes, dizia ser "utopia pura" esperar que chegassem "venereamente puros" ao casamento, "mormente nos tempos atuais em que raramente o rapaz poderá se casar antes dos 25 anos, principalmente por razões econômicas" (Zeo, 1941:68). Além disso, revelando que a discussão médica em torno do assunto não estava ainda concluída, lembrava que talvez a abstinência sexual não fosse mesmo de se desejar, uma vez que sua consecução seria impossível "sem que o rapaz adquirisse hábitos, complexos e perversões igualmente maléficos, não só para o indivíduo como para a sociedade" (Idem). Corolários dessa idéia, a divulgação da chamada *profilaxia individual* e a instalação de postos de desinfecção eram defendidas sem grande entusiasmo por poucos médicos presentes (Machado Filho, 1941; Madeira, 1941).

A se crer nas conclusões gerais aprovadas sobre este ponto, predominou a posição dos conferencistas, médicos ou não, de orientação cristã ou católica, presentes também para defenderem uma censura mais estrita ao cinema e à literatura. Este era o caso especificamente de Alceu de Amoroso Lima (Lima, 1941) e Jônatas Serrano (Serrano, 1941), que contribuíram para que, em suas conclusões finais, a conferência opontasse para a necessidade da moralização dos meios de "difusão cultural, publicidade e propaganda". Assim, a respeito da educação sexual, concluía-se finalmente que "...uma educação sexual completa que procure orientar a criança para o matrimônio, e que consiga impor aos jovens uma continência sexual perfeita, representa, sem dúvida alguma, um dos mais valiosos meios de defesa contra a sífilis." (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis*, 1941:524-25).

Concluía-se ainda que, na escola, ela nunca deveria se constituir em disciplina à parte e seu conhecimento deveria "ser ministrado, **insensivelmente**, atendendo às solicitações e oportunidades decorrentes do ensino" (Idem, grifo meu). A educação e propaganda propriamente *antivenéreas* deveriam se restringir a divulgar "o perigo decorrente das doenças venéreas, sem exageros prejudiciais, insistindo sempre na necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento adequado e imediato, e na curabilidade dessas enfermidades. "Também aqui aconselhava-se que "deve ser ensinado e divulgado por todas as formas que a prática da continência é o meio mais seguro de profilaxia antivenérea e que esta prática não acarreta, em ambos os sexos e **em todas as idades**, distúrbios de saúde e alteração do desenvolvimento físico e intelectual" (Idem, grifo meu).

Ora, como se viu quanto à abstinência sexual, o máximo que a maioria dos médicos brasileiros concedia até então era o seu caráter patologicamente inócuo durante a puberdade. Agora, ia-se muito mais longe, consi-

derando-a prática saudável "em todas as idades". Além disso, os conferencistas silenciavam completamente quanto à necessidade de divulgação do conhecimento sobre meios de prevenção que não supusessem a abstinência sexual. Porém, o assunto ainda voltaria à baila, introduzido pelo sifilógrafo paulista Humberto Cerrutti, em meio à discussão sobre padronização dos métodos de tratamento. Na verdade, o então professor de sifilografia da Universidade de São Paulo parece ter sido o único conferencista a dar atenção especial ao assunto.

Para Cerruti, era "dever" da conferência pronunciar-se sobre a *profilaxia individual* que, naquele momento, dizia estar sendo indevidamente negligenciada por todos os países civilizados. Segundo ele, os métodos de se evitar a *sífilis* sem se privar das relações sexuais poderiam dar resultados "muitíssimo úteis", principalmente no Brasil, onde o preconceito em relação às *doenças venéreas* não era dos "mais evidentes" (Cerruti, 1941b: 258). Para o sifilógrafo paulista, se as pomadas profiláticas não se mostravam eficazes, isso se devia ao fato de sua distribuição não vir acompanhada de instruções sobre sua correta utilização e de "ativíssima propaganda" (Idem, 259). Como explicitaria nos debates que se seguiram (*Anais da 1ª Conf. Nac. De Def. Contra a Sífilis,* 1941:337-339), considerava os postos de desinfecção caros e de "eficiência aleatória, pois nem sempre eram facilmente acessíveis, sendo sua freqüência sempre muito baixa". Por isso, advogava a idéia de se confeccionarem pequenas "caixinhas profiláticas", de modo que o indivíduo pudesse "levá-las constantemente consigo sem o menor melindre". Nelas, haveria uma pequena bisnaga com a pomada mercurial, um folheto explicativo, um pedaço de papel sabão para as necessárias abluções e algodão (Cerruti, 1941b:259). Sua produção e distribuição deveriam ser feitas gratuitamente pelo Estado, além de serem também postas à venda em farmácias, drogarias e casas de tolerância.

Apesar da defesa de Cerrutti, a profilaxia individual não figuraria entre as conclusões finais da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis. Certamente com o apoio dos médicos-militares presentes, cujas posições a respeito do assunto já conhecemos, o sifilógrafo paulista apenas conseguiria aprovar à última hora uma tímida moção, segundo a qual "...embora não se deva emprestar à profilaxia anti-séptica individual um caráter de medida de absoluta segurança, nem se deva aconselhá-la largamente ao povo, a conferência sugere, entretanto, que seja usada compulsoriamente nas coletividades fechadas, e particularmente nas forças armadas" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:518).

Assim, no que se referia à educação sexual e *antivenérea*, é notável o fato de os médicos de meados do século XX parecerem, em seu conjunto, muito mais "conservadores" ou "puritanos" do que os de finais do século

passado. Nos termos dos modelos de intervenção delineados anteriormente (ver *A Luta Antivenérea e Seus Modelos*), os médicos brasileiros parecem ter abandonado gradualmente a idéia de ser o sexo uma necessidade primária, para considerá-lo cada vez mais explicitamente desejo coibível, prática fisiologicamente dispensável. Porém, este não seria o único deslocamento identificável...

Quanto ao exame pré-nupcial, as opiniões continuavam divididas entre os que eram favoráveis à obrigatoriedade e os que a condenavam. Entre os últimos, destacava-se o médico Henrique Tanner, aparentemente alinhado aos católicos. Embora louvasse o esforço dos eugenistas, considerava o casamento "grande sacramento da Igreja", um "direito natural" e, como se queria desde São Paulo, um *remedium concupiscentiae*. Proibi-lo seria, portanto, fazer o indivíduo "cair na prática condenada e por todos os títulos condenável da união ilícita" (Tanner, 1941). Essa também era a opinião do jurista Nelson Hungria que, presente aos debates, condenava os exageros eugênicos como a esterilização compulsória, como se fazia na Alemanha e em certos estados americanos, ou a eliminação física dos anormais (Hungria, 1941:437) A adesão da população ao exame pré-nupcial deveria se dar, portanto, através da persuasão. Porém, a maioria dos médicos cujas memórias versavam sobre o assunto discordava de Tanner. Um deles diria que o "...problema médico-social da sífilis, não mais permite esperar o fator educação, como principal, para resolvê-lo. Deve ele constar de medidas coercitivas que obriguem o indivíduo a cumpri-las sem que se sinta tolhido em sua liberdade nem molestado em sua moral" (Pedrosa, 1941:74).

Tal coerção seria plenamente justificada aos olhos de Leonídio Ribeiro, para quem "a vida moderna dos povos civilizados se processa, agora, num regime cada vez mais rigoroso de restrições da liberdade individual, tendo sempre em vista o interesse coletivo". Voltava a citar as três medidas que vinham sendo adotadas em outros países, especialmente na Alemanha, em prol dos "supremos interesses da raça": exame pré-nupcial, delito de contágio venéreo e esterilização dos *tarados*. Sem condenar as práticas de esterilização, dizia, entretanto, que só as duas primeiras medidas seriam "de mais prontos e benéficos resultados, em nosso meio, porque não iriam chocar-se com os nossos costumes e os nossos preconceitos" (Ribeiro, 1941:125). Porém, também sobre esse ponto, o consenso mínimo finalmente incorporado às conclusões finais da conferência contrariava o que parecia ser o interesse de grande parte dos eugenistas brasileiros. Estabelecia-se unicamente que "merece ser estimulada a propaganda intensiva e persistente a favor do exame médico pré-nupcial" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis,* 1941:525).

Como já pude observar (ver *Injeções, Pomadas e Conselhos*), embora a 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis tenha reservado uma seção inteira à questão da prostituição, na qual se discutia conjuntamente o crime de contágio venéreo, apenas Heráclides César de Souza Araújo vinha defender o *regulamentarismo*, posição que, lembremos, mantinha desde o final da década de 1910 (Araújo, 1941). Todos os outros médicos e juristas presentes, entre os quais se destacavam o médico-legista Hélio Gomes, o jurista Nelson Hungria e o sifilógrafo Joaquim Mota, condenavam a regulamentação, mesmo que alguns continuassem a repetir que a prostituição era "mal necessário" (Hungria, 1941) ou de impossível extinção (Gomes, 1941b).[64] Nesse sentido, a ação do Estado, como dizia a sifilógrafo Joaquim Mota, deveria se restringir a "reduzir a prostituição ao mínimo inevitável" (Mota, 1941). Como se reconhecia serem as "influências sociais" e os "conflitos ambientais" os fatores condicionantes fundamentais da prostituição, as conclusões finais da conferência estabeleciam que o Estado deveria agir no sentido de amparar as menores "moral e materialmente desvalidas"; de recuperar e encaminhar as "transviadas" a uma "profissão honesta", dando-lhes assistência, educação e proteção; e, enfim, de combater o proxenetismo. Concluía-se também que, "centralizando a luxúria", a localização do meretrício era medida que, não só contrariava os interesses da moralidade pública, mas ainda facilitava o contágio venéreo" (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis,* 1941:523-24).

Não havia qualquer divergência visível em relação à responsabilização penal do *contaminador*. Médicos e juristas estavam de pleno acordo quanto à sua necessidade e os que se ocuparam da questão, principalmente Hélio Gomes (Gomes, 1941b) e Nelson Hungria (Hungria, 1941), restringiam-se a apresentar a formulação final do delito de contágio venéreo, conforme estava em vias de ser adotado pelo Código Penal. Na verdade, a conclusão final da conferência, sugerindo a incorporação à legislação penal do delito de contágio venéreo, era, naquele momento, um simples voto de apoio ou de louvor a um processo já então irreversível. Afastando-se do código facista italiano, que lhe servia de modelo, para apoiar-se sobretudo na muito mais severa legislação dinamarquesa a respeito, o Código Penal de 1940 criminalizou, não apenas o contágio efetivo, mas a simples exposição ao contágio (simultaneamente, crime "de perigo" e de "dano"), podendo ser ou não intencional (crime, portanto, em sua forma "dolosa" ou "culposa"). Além disso, previu-se que a ação penal só poderia se instaurar

[64] Alguns conferencistas, como o sifilógrafo paulista J. Vieira de Macedo (Macedo, 1941a) e o carioca Joaquim Mota (Mota, 1941b) criticavam o que vinha sendo feito pela polícia de Felinto Müller que, como vimos, voltara a cadastrar prostitutas e a fixá-las em zonas restritas da cidade.

mediante representação da parte ofendida.[65] Procurava-se, assim, evitar que o *strepitus judicii* viesse contribuir para a dissolução conjugal. Conforme argumentava Hungria, embora estivesse em jogo um "direito inabdicável" – a saúde ou a vida – ao qual se condicionava a "prosperidade do todo social"... "a publicidade do fato pode ter conseqüências graves, que se refletiriam até no sacrário da família (...) Quando se tratasse de um homem casado infeccionado por uma prostituta ou de uma mulher contaminada pelo próprio marido, estaria destruída a harmonia ou a inviolabilidade da vida íntima de um lar" (Hungria, 1941:450).

Quanto à profilaxia propriamente medicamentosa, o tratamento da doença no período contagiante continuava a ser considerado, como em 1920, um "dever" do Estado, devendo ser ministrado gratuitamente (Mota, 1941a:167). Todos os médicos – em sua maioria sifilógrafos – presentes à sessão na qual o assunto foi discutido pediam em uníssono a multiplicação dos dispensários, a centralização dos serviços em nível federal (reinstituição de um organismo central de coordenação e fiscalização), a padronização do tratamento, dos procedimentos para diagnóstico laboratorial e a estrita fiscalização dos medicamentos anti-sifilíticos postos à venda no mercado. Todas, medidas devidamente incorporadas às conclusões finais da conferência. Quanto ao problema da fiscalização dos remédios, não estava apenas em causa os difundidíssimos "xaropes" ou "depurativos do sangue", há muito considerados charlatanescos. Talvez a revelação mais chocante da conferência tenha sido o processo de "prostituição do bismuto", conforme designado por alguns dos médicos presentes. Os dados a respeito foram obtidos pelo sifilógrafo carioca Perilo Galvão Peixoto (Peixoto, 1941), assistente da clínica dermato-sifilográfica da Faculdade de Ciências Médicas, médico da Fundação Gafrée-Guinle, e futuro presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. Examinando 120 fórmulas bismúticas apresentadas no mercado, Peixoto chegou à conclusão de que 95,77% não continham a quantidade de bismuto metálico necessária à cura, segundo o padrão estabelecido pela Fundação Gafrée-Guinle.[66]

Porém, como também era consensual, ante às alarmantes taxas de abandono do tratamento – calculadas então em torno de 80% (Costa, 1941; Malheiro, 1941; Soares, 1941) –, tudo isso seria em vão, como já o fôra, se não houvesse dispositivos que assegurassem a permanência do

[65] Para a formulação final da figura jurídica do crime de contágio venéreo, ver o artigo 130º da parte especial do Código Penal e, para um sucinto relato das opções tomadas a esse respeito pelos legisladores brasileiros, ver a "exposição de motivos" de Francisco Campos ao mesmo código.

[66] Para a discussão que se seguiu, ver *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:499-501.

paciente sob tratamento, até, pelo menos, tornar-se inofensivo do ponto de vista do contágio. Quer atribuíssem a fraca adesão ao tratamento à negligência, à indiferença e ignorância do doente, como fazia a maioria dos presentes, ou ao fato de o tratamento, como reconheciam alguns poucos, continuar longo, doloroso e perigoso (Pedrosa Filho & Lopes, 1941), ninguém mais parecia acreditar que a educação ou os métodos persuasivos fossem a saída para modificar a "mentalidade de indiferença" do brasileiro perante a *sífilis*. Ao contrário, a reivindicação central passa a ser a obrigatoriedade do tratamento ambulatorial, nos moldes propostos pela medicina de então. Como dizia o sifilógrafo Henrique de Moura Costa: "A questão básica da obrigatoriedade do tratamento, a primeira a ser exigida da nova legislação antivenérea, não pode em princípio ser discutida ou negada. Só por um incompreensível absurdo não foi ainda instituída entre nós, já tendo feito suas provas em vários países europeus e estados na Norte América" (Costa, 1941:246). Entre os países europeus, Costa se espelhava sobretudo nos exemplos da Dinamarca, Suécia, Noruega, Alemanha e Rússia.

Efetivamente, entre todos os presentes, ninguém discutiu ou negou a medida e uma das conclusões finais da conferência dizia justamente que "se impõem medidas legais, tornando obrigatório o tratamento para todo sifilítico contagiante, até o afastamento do perigo de contágio". Além dos contagiantes, a conferência reivindicava o tratamento ambulatorial obrigatório também para as gestantes contaminadas (*Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*, 1941:526).

Porém, a obrigatoriedade do tratamento estava apenas no centro de todo um conjunto de dispositivos orientados para o mesmo fim: compelir os doentes a obedecerem sem dissensão possível às prescrições dos especialistas. Assim, advogava-se também a internação obrigatória dos "rebeldes"; a notificação anônima de todos os casos da doença e nominal para os que se recusassem a realizar o tratamento; a pesquisa sistemática das "fontes de contágio" a partir dos casos que chegassem ao conhecimento médico; a repressão severa ao "charlatanismo", que deveria ser considerado "crime de lesa-pátria"; e, finalmente, a proibição da venda de remédios contra a *sífilis*, sem prévia autorização médica. Todas essas medidas foram contempladas nas conclusões finais. Apenas não se adotou o internamento compulsórios dos "rebeldes". Nesse sentido, os conferencistas apenas indicavam ao governo "a necessidade de facilitar o internamento dos sifilíticos contagiantes em clínicas e hospitais adequados "(*Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. Contra a Sífilis,* 1941:526).

Caso se considerem representativas as opiniões formalizadas nas conclusões finais da conferência, deve-se reconhecer que toda a política persuasiva da década de 1920 estava definitivamente descartada. Até mesmo Oscar da Silva Araújo, um de seus maiores defensores, vinha agora

aconselhar uma intervenção sanitária mais rigorosa, tendo, no delito de contágio e na obrigatoriedade do tratamento, as armas decisivas para compelir as "fontes de contágio" a seguirem as prescrições médicas (Araújo, 1941). Assim, se, diferentemente do que ocorrera nos anos 20, os médicos consideravam agora a abstinência sexual saudável "em todas as idades" e desprestigiavam a *profilaxia individual*, também parece que passavam a ver majoritariamente a coerção legal e a responsabilização penal do doente como os instrumentos mais adequados de ação. Foi com a aprovação dessas reivindicações e de inúmeras outras moções em prol da raça e da nacionalidade,[67] todas oportunamente encaminhadas a Getúlio Vargas, que, no dia 28 de setembro de 1940, encerravam-se os trabalhos da grande conferência.

Enfim, como os dados referentes à 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis revelam claramente, se havia uma tendência à radicalização da *luta antivenérea* brasileira, ela se desenvolvia sobretudo no sentido de enfatizar a lei como método privilegiado, secundado por uma proposta educativa eminentemente moralizadora. Ao que parece, a *luta antivenérea* brasileira deslocava-se lentamente de Paris a Oslo ou a Washington, por assim dizer. Embora não se tenha feito aqui um trabalho comparativo sistemático, parece ser possível afirmar que, durante os anos 30, a trajetória da *luta antivenérea* brasileira aqui descrita apenas espelhava um movimento mais geral e que ocorria internacionalmente. Nesse sentido, Paris também se deslocava em direção a Oslo... Ora, agregando sobretudo especialistas europeus e norte-americanos, a mais importante organização internacional desse período, a **União Internacional Contra o Perigo Venéreo**, vinha, desde o final dos anos 20, condenando explicitamente, tanto a regulamentação da prostituição, quanto a ênfase na *profilaxia individual* como meio preventivo mais eficaz. Quanto a este último ponto, em assembléia geral realizada em Nancy, em 1928, a União já havia declarado formalmente que, protegendo apenas o homem e aplicável apenas à região genital, as pomadas profiláticas não eram uma panacéia contra os males *venéreos*. Governos, ligas e associações *antivenéreas* não deviam, portanto, "preconizar em sua propaganda ao público tais métodos de profilaxia individual, que devem apenas ser recomendados em cer-

[67] Tais moções iam desde a proposta de criação de um "Dia da Medicina Racial" ou da criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de um Departamento Nacional de Defesa contra a Sífilis, até homenagens, aplausos e agradecimentos ao presidente da República e às autoridades do Estado Novo, à memória de Eduardo Rabelo, à Fundação Gaffrée-Guinle, aos estudantes de São Paulo etc.

tas coletividades e com as necessárias precauções para não revoltar a opinião pública e não incentivar os jovens à imoralidade e ao contágio... (*apud* Cavaillon, 1931:16).

De todo modo, para bem ou para mal, as principais reivindicações da conferência não passariam de uma longa carta de intenções, ao menos até o final do período considerado por esta pesquisa. Até meados da década de 1940, nenhuma atitude realmente decisiva seria tomada pelo governo Vargas ou pelo que o sucederia. É certo que, a partir de 1942, no âmbito da Seção de Doenças Transmissíveis do Departamento Nacional de Saúde, sem jurisdição sobre o Distrito Federal, iniciou-se o reestabelecimento de acordos com os estados no sentido de implementarem serviços *antivenéreos*.[68]

Porém, como diria, em 1945, o então presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia de Sifilografia, Perilo Galvão Peixoto,[69] a campanha federal "pecava pela base", uma vez que desconsiderava as principais reivindicações externadas pelos especialistas brasileiros em 1940. Não previa a criação de "um órgão central autônomo para dirigir a luta", nem a "decretação de uma lei antivenérea especial, através da qual se pudesse instituir o tratamento e a notificação obrigatórios". Além disso, considerava irrisórios os recursos financeiros destinados ao combate às *doenças venéreas* (Peixoto, 1946). Peixoto criticava duramente Vargas e, especialmente, o Estado Novo. Segundo ele, depois de extinguir – "ninguém sabe porque" – a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1934, o governo federal havia ignorado o problema durante oito anos. Até 1942, na capital da República, havia assistido "de braços cruzados ao gigantesco e solitário esforço da Fundação Gaffrée-Guinle". Ironicamente, dizia que a única contribuição do governo Vargas foi ter, já sob o Estado Novo, proibido através do DIP que se mencionasse nos jornais profanos a expressão *doenças venéreas*, que teria se transformado em "tabu". Conforme lhe parecia, a responsabilidade do regime "totalitário" que se instalou depois de 1937 era ainda maior, pois, dado o poder que concentrava, poderia ter feito "a campanha sanitária que lhe aprouvesse. Forjava um decreto-lei – um a mais não engrossaria a enxurrada – criava um órgão centralizador, e poria mãos à obra" (Idem).

Revelando insatisfação crescente, em finais de julho de 1946, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia resolvia enviar uma carta oficial ao governo de Eurico Gaspar Dutra, através de seu ministro da Saúde, Roberval Cordeiro de Farias. Logo em seu início, ressaltava-se que a

[68] Para um histórico mais circunstanciado desta iniciativa federal, ver Barreto, 1945.

[69] Depois da morte de Eduardo Rabelo, presidente por mais de uma década, o cargo seria ocupado rapidamente por Oscar da Silva Araújo, que morre um ano depois, no início de 1942. A partir daí, não são mais possíveis reeleições e a presidência passaria a Joaquim Mota e, deste, a Perilo Galvão Peixoto.

entidade congregava, em todo o país, "os especialistas nesse importante setor da medicina". Lembrava-se, em seguida, a decadência da *luta antivenérea* a partir de 1934, a gravidade da situação brasileira e a enorme lista de malefícios causados pela *sífilis*. Entre eles, é importante notar, já não aparece mais nominalmente a figura da *degeneração da raça*, entidade englobadora que se transformava a partir daí em uma multiplicidade de outras entidades como as de "déficit de aproveitamento escolar"; "debilidade mental", "deformidade física", "surdez" etc... Também declarava-se urgente a necessidade de uma campanha empreendida por um órgão especial que atingisse todo o Brasil, "único país nas três américas que não possui um órgão central, organizado, oficial e privativo para o problema das doenças venéreas." Voltava-se às mesmas reivindicações de 1940. Como já havia feito Carlos Seidl quando, em 1914, pedia providências ao ministro, alegando que, com o surgimento dos arsenicais, os médicos haviam adquirido novos poderes sobre o mal; também os sifilógrafos, em meados dos anos 40, justificavam a ação a ser empreendida pela "existência, agora mais do que nunca, como resultado das novas armas e métodos terapêuticos (...), de amplas facilidades para um controle eficaz do problema" (*Anais Bras. de Dermat. e Sifil.*, vol. 21, 1946, nº 4, p.359). Seguramente, referiam-se ao advento da penicilina, que já vinha sendo experimentada por médicos brasileiros em associação com os sais de arsênico.[70]

Ainda em agosto de 1946, o ministro encaminhava favoravelmente a representação ao presidente, lembrando-o que ela vinha reforçar o projeto que ele lhe apresentara naquele ano, estabelecendo um serviço nacional de doenças venéreas. Porém, até o final de 1946 nada seria feito, como denunciava desolado um comentário intitulado "Serviço Nacional de Doenças Venéreas", publicado ironicamente na sessão "Notícias" dos *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*. Ora, o que se noticiava era que nada acontecera. Depois de reproduzir a "representação" que, enviada em agosto, pedia providências, acrescentava-se laconicamente que: "apesar de todo o esforço da Sociedade junto aos poderes públicos (...) até o presente momento, infelizmente, não foi instituído, como era de desejar, o Serviço Nacional de Doenças Venéreas." (*Anais Bras. de Dermat. e Sifil.*, vol. 21, 1946, nº 4, p.362).

---

[70] A primeira vez que encontrei referência à utilização da penicilina por nossos especialistas foi em ata de uma das sessões da Sociedade de Dermatologia e Sifilografia, datada de março de 45. Nela, foram apresentados os resultados de um experimento com a nova droga. Depois de conhecê-los, o novo ocupante da cátedra de Eduardo Rabelo na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, seu filho Eduardo Acioli Rabelo, declarava acreditar que "em futuro próximo a penicilina poderá substituir o bismuto," até então um dos quimioterápicos mais utilizados contra a doença (*Anais Bras. de Dermat. e Sifil.*, vol. 20, 1945, nº 2, p.187). Rabelo Filho parecia não imaginar ainda que a penicilina iria fazer muito mais que isso...

O serviço viria a ser implementado? Nova campanha seria empreendida? Impossível responder, pois o que se passa depois de meados da década de 1940 já não interessa mais a esta pesquisa. Como já disse no início desta obra, a partir daí, o próprio conceito de *sífilis*, seu tratamento, sua profilaxia, seu valor social sofreriam radicais transformações. Com certa rapidez, tais transformações fariam da doença o que ela é atualmente, essa espécie de "vedete decadente", para utilizar a sugestiva expressão de Claude Quétel (Quétel, 1986:340). Suas marcas institucionais quase desapareceram e as sociedades, cátedras e serviços que foram erigidas sobre ela, em torno dela ou por ela, perderam tal referência. São agora apenas "de dermatologia". Embora sua incidência nos países do Ocidente tenha voltado a crescer vertiginosamente depois de uma súbita queda durante os anos 50, ela já não se apresenta mais como a horrenda hidra da morte. Seu "império" ruiu fragorosamente, com a *eugenia*, a *degeneração da raça* (o próprio conceito de *raça*), os *sifilógrafos*, o *mercúrio*, os *tarados*, os *arsenicais*, as *casas de tolerância*, as *noivas virgens e puras* e, arriscaria ainda, com os *homens enlouquecidos por sua necessidade sexual*.

Também desapareceram, ou perderam importância, os múltiplos interesses sociais que em torno dela se emaranhavam e os valores sociais que faziam dela, ora símbolo natural do descontrole, da falta de domínio sobre si, ora a conseqüência indesejável do necessário e saudável exercício de uma função natural, um verdadeiro "tributo a Vênus", na expressão hoje obsoleta e esquecida. Até mesmo o grande medo que provocava já ia sendo definitivamente apagado da memória social, não fosse o recente surgimento do que me parece ser sua mais legítima herdeira, a *AIDS*, cujo combate vem recolocando muitas das questões que anteriormente giravam em torno da *sífilis*. Na verdade, é a emergência atual desse "novo" mal que tem feito com que nos voltemos mais intensamente para outras *doenças venéreas*, contextualizando em larga medida pesquisas como a que agora se encerra. Mas, antes de ensaiar qualquer comparação sistemática (assunto, evidentemente, para um outro livro), é necessário "fechar" esta história, tentando retomar seu significado de um ponto de vista mais geral e abstrato. É o que se fará provisoriamente nas conclusões que se seguem.

Conclusões

Perspectivas Analíticas e Comparativas

Termino esta obra com a sensação, aliás já experimentada em momentos semelhantes, de que apenas agora poderia realizar uma pesquisa satisfatória sobre o assunto. Agora saberia mais exatamente que fontes privilegiar, que biografias investigar, que eventos reconstruir, que instituições observar com maior acuidade. Infelizmente, dada a quase inexistência de trabalhos sobre o assunto entre nós, não podia sabê-lo de antemão. Nestas conclusões, gostaria de explorar um pouco tal sensação e, fazendo uma releitura breve do que foi exposto até o momento, apontar, de um lado, as pesquisas que poderiam vir complementar o já feito e, de outro, as perspectivas analíticas a partir das quais o presente livro, ainda bastante descritivo, poderia contribuir para a compreensão de processos sócio-históricos mais amplos, talvez ainda em marcha atualmente. Enfim, qual o sentido ou os sentidos que poderiam ser atribuídos à *luta antivenérea*, da qual o processo brasileiro, aqui descrito até a década de 1940, foi apenas uma das manifestações singulares? Em que sentido mais precisamente ela poderia ser pensada, como escrevi na introdução, como um momento fundamental do processo de estruturação do ***dispositivo da sexualidade*** de Michel Foucault, ou um dos avatares do ***processo***

civilizador de Norbert Elias? Sobre as possíveis respostas a estas questões, tenho apenas algumas idéias preliminares; pistas que, sem pretender ser exaustivo, tratarei brevemente nestas conclusões.

Como não poderia deixar de ser, fiz uma história parcial do processo social que se desenvolveu em torno das chamadas *doenças venéreas* e de seu combate. De um modo geral, parece-me ter se mostrado produtivo abordá-lo metodologicamente como um campo dinâmico de disputas e analisá-lo enquanto conjunto de discursos e de práticas inter-relacionadas. Porém, tal campo comportava ao menos dois níveis diferenciáveis, aqui explorados ainda de modo limitado. Antes de mais nada, havia o campo propriamente científico que gravitava em torno da doença. Em seu âmbito, a *sífilis* se construía enquanto categoria e se transformava, ao longo do tempo, segundo as idéias e as técnicas que os médicos-cientistas desenvolviam e divulgavam. Se tivesse sido outro o meu objetivo, poderia ter concentrado todos os meus esforços apenas em sua descrição e análise, pois dificilmente uma outra doença foi tão complexa conceitualmente, mobilizou tal quantidade de pesquisadores em todo o mundo ou gerou tão acirradas e intermináveis polêmicas acadêmicas. Como geralmente se tem feito nas áreas da antropologia ou da sociologia da ciência, poderia ter me fixado na estrutura interna de tal campo, nos vários grupos socioprofissionais nele presentes, em seus acordos e divergências teóricas, nas relações de reciprocidade e de subordinação que mantinham entre si e em sua articulação com forças presentes em outros espaços sociais.

Na verdade, parece-me que, do ponto de vista de uma antropologia da ciência, *strictu senso*, a análise do desenvolvimento conceitual da *sífilis* ou de sua construção social no Brasil resta ainda quase inteiramente por ser feita. E o material é rico e abundante. Sobretudo as fontes mais teóricas, relativas a aspectos nosológicos da doença e à sua terapêutica – manuais clínicos, livros didáticos, relatórios de pesquisas laboratoriais etc. –, aqui deixadas de lado, deveriam ser, nesse caso, privilegiadas. Dado meu interesse específico, ative-me quase imediatamente à relação entre o campo médico-científico (no que respeitava às *doenças venéreas*) e o campo social envolvente. Quanto à construção social da doença, abordei sobretudo o modo pelo qual os médicos, muito especialmente os sifilógrafos brasileiros, souberam legitimar seu trabalho, captando e mobilizando progressivamente tanto forças presentes em seu próprio meio (interessando outras especialidades, como a medicina-legal, a higiene, a eugenia, a psiquiatria, a medicina-militar etc.), quanto forças provenientes de outras

esferas: a política, a polícia, a justiça, a religião etc. Procurei mostrar sobretudo como, progressivamente, fizeram com que a resolução das mazelas nacionais passasse também pela resolução do *problema venéreo*.

Privilegiei tal ponto porque pareceu-me ser através dele que se tornava possível compreender o enorme investimento social (material e simbólico) que esteve na base das atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na área da sifilografia. Mas, além disso, principalmente porque era também desse modo que se apresentava a justificativa para as intervenções sociais propostas e realizadas no sentido de debelar o mal, foco primordial desta pesquisa. Sem que se compreendesse a importância que, sob vários títulos, a *sífilis* adquiriu enquanto causa de inúmeros outros males e principalmente da *degeneração* da *espécie*, da *raça* e da *nação*, dificilmente se poderia perceber como os médicos conseguiram, com maior ou menor sucesso segundo lugares e momentos, intervir sobre questões socialmente tão delicadas, até então julgadas de ordem privada ou quase privada, como as relações sexuais, o casamento, a liberdade de escolha de tratamentos médicos, o caráter secreto da relação médico/paciente etc. De outro modo, não se poderia compreender plenamente de onde a *luta antivenérea* tirava suas "energias".

Assim, da perspectiva limitada pela qual a construção social da *sífilis* foi por mim examinada, evidenciei sobretudo a dimensão que, servindo mais fortemente para justificar a ação, fazia da doença uma ameaça à *nação*, uma vez que produzia a *degeneração da raça* – seu "substrato" material e vivo, segundo os cânones do pensamento da época. A idéia de *raça* cumpriu assim um importante papel, pois servia de comutador entre ciência e política. Transformava a abordagem mais universalista dos cientistas – que, quando lidavam com a *sífilis*, tratavam teoricamente de uma ameaça à *espécie*, ou seja, de uma doença do ser humano abstrato e genérico – em uma abordagem mais particularista, imediatamente permeável a interesses políticos diversos, opondo, conforme as circunstâncias, *brancos* a *negros*, *latinos* a *anglo-saxões* e, enfim, certas sociedades-Estados a outras sociedades-Estados, como quando se falava de uma *raça brasileira*, de uma raça francesa, de uma *raça alemã*.

As relações efetivas entre a construção social da *sífilis* e o processo de construção social da *nação*, durante a primeira metade do século XX no Brasil, continua a exigir um maior aprofundamento. Quanto às fontes a serem investigadas, parece-me que os discursos de políticos do período mereceriam uma releitura sistemática que pudesse revelar se, e como, a *sífilis* e seus sintomas e manifestações (como o *cancro*, por exemplo) fo-

ram utilizadas nesse contexto. Porém, a partir do que aqui já foi apresentado, é possível dizer-se que a doença esteve fortemente implicada no processo de construção simbólica da *nação* ao menos de duas formas distintas. De um lado, enquanto *ameaça nacional*, permitia que a entidade supostamente em perigo consolidasse simbolicamente suas fronteiras. Ou, dito de outro modo, a *sífilis* apresentava-se, sem dúvida, como um importante ponto de apoio para o desenvolvimento de uma retórica e de um ideário nacionalista. De outro lado, como se viu, no rol das ameaças à *nação*, a *sífilis* já emergia, em certo sentido, de um prognóstico mais favorável quanto ao futuro do país, pois permitia pensar, muito especialmente em oposição à *miscigenação racial*, uma "ressurreição" mais imediata ou rápida. Quando se tratava de "salvar" a *nação*, centrar a atenção na *sífilis* (como, aliás, em outras doenças endêmicas e epidêmicas que assolavam o país) já espelhava uma postura mais nacionalista, pois significava colocar em xeque a idéia de que estaríamos fadados a sermos para sempre uma nação incivilizada, atrasada, dependente etc.

De todo modo, do material analisado até o momento, ressalta claramente que, no nível dos discursos eruditos, especialmente do discurso médico, a *sífilis-inimigo* e a *nação brasileira* se construíram simultaneamente. Nesse sentido, embora tenha sido até o momento amplamente relegada a segundo plano por historiadores e cientistas sociais (geralmente mais interessados nas chamadas *doenças tropicais*, através das quais a medicina nativa conquistou suas maiores glórias), a *sífilis* não deixou de ser um capítulo importante do discurso dos reformadores sanitários, que, principalmente depois da Primeira Guerra, passaram a perceber cada vez mais intensamente o Brasil como um "grande hospital", na famosa expressão do médico Miguel Couto. A importância da retórica do chamado "movimento sanitário" como um todo para o processo de construção da *nação* nesse período já foi bastante explorada por pesquisadores como Castro-Santos (Castro-Santos, 1987). Além disso, em seu trabalho, o sociólogo revela ainda que a contra-face desse processo de *nation-building* foi simultaneamente a expansão e consolidação do Estado brasileiro, cuja ação, através das campanhas sanitárias e da conseqüente disseminação de serviços federais, passou a ser sentida mais profundamente em todo o território. Assim, a chamada "reforma sanitária" dos anos 20 teria implicado a constituição de novas linhas de penetração do poder federal, submetendo interesses oligárquicos a interesses mais amplos, menos imediatos e personalistas. Embora os processos de construção do Estado brasileiro não tenham estado em questão aqui, vimos claramente que, a partir dos anos 20, espalharam-se dispensários *antivenéreos* públicos pela capital da República e por todo o país. É certo que a história efetiva da implantação

de serviços *antivenéreos* no Brasil, o modo como foram viabilizados e os conflitos locais que possivelmente produziram, espera por uma investigação mais ampla da documentação proveniente da administração pública. De todo modo, a partir dos dados já apresentados, parece justo afirmar que a sifilografia também contribuiu para instrumentalizar o processo de intervenção do poder federal que, em nome da *nação*, passou a se fazer sentir mais efetivamente na maioria dos estados da União, a partir dos anos 20.

Porém, quando comparado a outras doenças também sob a mira dos médicos e sanitaristas, o combate contra a *sífilis* revela muito melhor que elas uma outra dimensão igualmente fundamental desse processo de construção social do Estado e da *nação*: a necessária construção simultânea de um novo indivíduo, cuja relação consigo deveria se pautar por uma maior contenção e de quem se passava a exigir progressivamente um maior *autocontrole*. Nesse sentido, a análise da *luta antivenérea*, conforme realizada até o momento, parece confirmar a pertinência das hipóteses sociológicas mais gerais desenvolvidas por Norbert Elias quanto à própria natureza de certos processos de mudança de longo curso experimentados pelas sociedades ocidentais. Para Elias, o desenvolvimento progressivo no sentido da exigência de um maior controle individual sobre emoções, impulsos, instintos etc., ou seja, de um maior distanciamento de si, a que denomina de *processo civilizador*, nada mais seria que a contrapartida necessária de um longo e profundo processo de mudança estrutural, social e política. Segundo diz, desde o fim da Idade Média, submetidas a mecanismos concorrenciais, as sociedades ocidentais vêm sendo conduzidas à formação de estruturas estatais (monopólios legítimos da violência) que se estendem sobre territórios e populações cada vez mais vastas. No interior de tais unidades sociopolíticas (sociedades-Estado, na expressão de Elias), a possibilidade de um convívio "pacífico" propiciaria o aprofundamento da diferenciação das funções sociais e sua integração, ou como diz, o progressivo prolongamento das cadeias de interdependência entre os indivíduos e grupos sociais. Para Elias, a capacidade por parte dos indivíduos de um maior controle sobre suas próprias emoções e instintos seria uma espécie de efeito-instrumento desse processo mais amplo, pois é a um só tempo exigida e propiciada por ele. Conforme diz, em espaços sociais altamente diferenciados, onde redes de interdependência cada vez mais cerradas exigem uma convivência pacífica, "o homem incapaz de reprimir seus impulsos e paixões espontâneas compromete sua existência social; o homem que sabe dominar suas emoções se beneficia de vantagens sociais evidentes, e todos são levados a refletir, antes de agir, sobre as conseqüências de seus atos" (Elias, 1975:195). Assim, de seu ponto de vista, a con-

solidação e a expansão dos Estados e o progresso na interiorização por parte dos indivíduos de controles sociais cada vez mais refinados seriam fenômenos complementares. Em vista disto, parece ser possível dizer-se que, ao menos no Brasil, a *sífilis* se apresenta como um ponto estratégico para a observação e compreensão do modo pelo qual foi concretamente encaminhada essa transformação social simultânea na direção da exigência de um maior *autocontrole* e da própria consolidação do Estado nacional.

Talvez seja mesmo esse o ponto decisivo da minha pesquisa. Porém, há uma especificação crucial, pois, no caso aqui examinado, a exigência de *autocontrole* individual dizia respeito muito particularmente aos homens. Ora, o que esteve realmente em jogo em toda a chamada *luta antivenérea* (ao menos, na primeira metade do século XX) parece ter sido muito menos o controle sobre as prostitutas ou sobre o caos urbano que elas simbolizavam, e muito mais o controle sobre o comportamento sexual masculino. Desse modo poderíamos pensar que, através da *sífilis*, os médicos e, a partir de certo momento, o Estado, através deles, procuravam atingir aspectos fundamentais do poder oligárquico e patriarcal, pois, afinal, o que questionavam eram sobretudo tradicionais prerrogativas masculinas, em seu ponto talvez mais sensível, por dizerem respeito à possibilidade mesma de gerirem autonomamente seu acesso às mulheres, ou seja, aos prazeres sexuais e às alianças matrimoniais. Tudo deveria passar agora a ser administrado, através de organizações estatais ou não, por técnicos que agiam em nome de uma entidade abstrata e englobante, a *nação*, e de sua saúde. Os homens deveriam aprender a controlar seus impulsos e a moldá-los às novas expectativas; ser mais moralizados e abstinentes, segundo alguns, ser apenas suficientemente continentes, segundo outros, para, resistindo ao arrebatamento das paixões, exercitarem-se sexualmente apenas em condições medicamente definidas como seguras.

Caso consideremos todo o período englobado por este livro, parece realmente possível afirmar que a linha de força do desenvolvimento da *luta antivenérea* foi justamente no sentido de um investimento cada vez maior na possibilidade de um tal *autocontrole* por parte dos homens e de uma responsabilização também crescente dos sexualmente indisciplinados, dos que não conseguiam "se controlar", espalhando suas doenças. Nesse sentido, a adoção, entre nós, do crime de contágio venéreo, em 1940, parece ser emblemática da derrocada da concepção naturalista e irresponsabilizante, em cujos termos o sexo aparecia enquanto necessidade fisiológica, força incontrolável e cega. Do mesmo modo, a revogação da regulamentação do meretrício na França, em 1946, pode ser considerada seu golpe de misericórdia. Embora estejamos talvez aqui diante de um processo muito geral, é certo que, particularmente no Brasil, através

de seus intelectuais, a Igreja Católica desempenhou a partir de 1930 um papel importante nesse processo de valorização da continência sexual e de contestação do caráter patogênico da abstinência sexual completa. As fontes católicas continuam, entretanto, a esperar uma investigação mais aprofundada, principalmente pelo fato de que, depois de terem rejeitado em absoluto a possibilidade de uma educação sexual, padres e intelectuais católicos terem passado progressivamente a escrever seus próprios manuais e obras de orientação sobre o assunto.[1] Também implicado nesse processo, o desenvolvimento das idéias sexológicas em torno da abstinência sexual e sua divulgação no Brasil mereceria, igualmente, um trabalho de pesquisa específico.

Se, como quer Foucault, ao longo do século XIX o sexo se transformou em *dispositivo da sexualidade*, complexo conjunto de instituições e de práticas (discursivas ou não) através do qual uma nova modalidade de poder (cujo objetivo central seria o controle de fenômenos vitais através de técnicas disciplinares) passou a ser exercida sobre o corpo individual e sobre as populações, enquanto "corpo-espécie", a *luta antivenérea* pode ser considerada como uma de suas dimensões fundamentais. Parece ter sido, de um lado, um dos mais importantes instrumentos através dos quais tal dispositivo operou, pois é bastante plausível que o medo de uma doença contagiosa de conseqüências tão multiplamente nefastas tenha sido muito mais intenso e manipulável do que o medo produzido por qualquer outro dos males supostamente oriundos do mau uso do sexo. Através dele, ter-se-ia podido compelir muito mais eficazmente os indivíduos a seguirem as novas prescrições higiênicas, disciplinando-os sexualmente. Além disso, ao lado do combate às *taras*, à *loucura* ou ao *alcoolismo*, a *luta antivenérea* justificava também a adoção de intervenções mais globais, com impacto regulador mais imediato sobre a população como um todo, como foi o caso do exame pré-nupcial, do exame pré-natal e do acompanhamento médico das gestações, da esterilização dos considerados inaptos à procriação etc.

---

[1] É o caso, por exemplo, do livro intitulado *A educação sexual*, escrito pelo mons. Negromonte (Negromonte, 1958). Publicado pela primeira vez em 1939, o livro já estava, em 1958, em sua 9ª edição. Parece ter sido pioneiro do gênero, uma vez que, encarregado do *nihil obstat*, o então assistente eclesiástico do Secretariado Nacional de Educação da Ação Católica e técnico do Ministério da Educação e Saúde Pública, padre Helder Câmara, escrevia sobre a obra, em 1939: "A princípio vacilei quanto à oportunidade de um livro sobre o assunto, escrito, no Brasil, por um sacerdote..." Depois, convencido de sua utilidade, complementava: "O fato de o livro ser escrito por um padre será uma segurança para os educadores católicos, receosos de abrir um livro qualquer sobre educação sexual. E seria pouco esclarecer os nossos, enquadrados quase todos, no velho grupo dos que confundem ignorância com virtude?" (In: Negromonte, 1958).

De outro lado, a *luta antivenérea* poderia também ser considerada um dos últimos avatares da implantação do *dispositivo da sexualidade*, uma vez que, através dela, atingia-se o mais poderoso e mais indevassável de todos os corpos, o corpo dos homens. Era sobretudo o corpo do homem que, através das *doenças venéreas*, vinha agora ser medicalizado, como já antes dele o haviam sido os social e politicamente mais frágeis corpos da mulher, da criança, dos perversos sexuais (Foucault, 1980:99-100). Era o poder dos homens sobre seu corpo que estava em questão, e para atingi-lo parece ter sido necessário nada menos que um mal absoluto, apocalíptico, como foi a *sífilis* no período considerado. Não me parece gratuito o fato de ter sido justamente no âmbito de uma *luta antivenérea* que se tenha gestado uma andrologia, uma ciência dos "problemas sexuais" masculinos. Parece ter sido justamente através das *doenças venéreas* que os homens se transformaram mais facilmente em pacientes, e sua masculinidade em objeto passível de intervenção. Ou seja, teria sido principalmente desse modo que se tentou "convencê-los", como dizia um dos meus informantes, de que seu sexo não mais lhes pertencia.

Finalmente, gostaria de levantar um último ponto. Em larga medida, meu interesse na *sífilis* e em seu combate foi motivado pela possibilidade de trabalhar comparativamente uma situação social homóloga à que hoje vivemos, com o surgimento da *AIDS*. Em trabalho anterior já tive mesmo a oportunidade de ensaiar possíveis comparações entre o processo descrito em relação à *sífilis* e o que vivemos atualmente em relação à *AIDS* (Carrara, 1994), doença sexualmente transmissível que vem trazendo novamente à tona temas e medidas anteriormente motivadas pela *sífilis*.[2] Agora, no final desta etapa, me parece possível pensar em estender futuramente a análise para além de simples comparações, indagando se, afinal, após um rápido eclipse durante os anos de 1950-70, não é novamente o mesmo *problema venéreo* que emerge no horizonte deste nosso conturbado final de século.

Ora, processos como a publicização da vida sexual e a exigência crescente de sua racionalização parecem continuar seu curso. Se, há mais de cem anos, os bordéis começavam a ser devassados por uma rede de olhares, que, cada vez mais indiscretamente, passavam a interromper o tra-

---

[2] Em relação às medidas de intervenção, basta dizer que a partir de 1980, motivada pelo surgimento da nova síndrome, a Câmara de Deputados brasileira voltou a discutir, entre outras medidas, a obrigatoriedade do exame pré-nupcial (projetos de lei nº 1.341/88, 2.139/89 e 2.140/89) e a inclusão nos currículos escolares da educação sexual (projetos de lei nº 503/86, 2.805/89 e 4.751/90).

dicional "descanso do guerreiro", hoje são as saunas e boates *gays* que, em nome da saúde de todos, têm suas portas escancaradas pelos mais diferentes especialistas. Igualmente, se na passagem do século os jornais começavam a publicar expressões tão incômodas como *sífilis* ou *gonorréia*, hoje estampam mais ou menos explicitamente camisinhas e órgãos sexuais.

De um modo geral, parece-me também que, em relação à AIDS, é sobretudo o comportamento sexual masculino que continua em causa. Com a publicização de práticas homossexuais, antes secretas, talvez estejamos assistindo à "tomada" dos últimos "redutos" do privilégio masculino de exercer mais ou menos livremente sua sexualidade. Se, antes, enquanto anormalidade ou doença, a homossexualidade servia para a normalização das relações heterossexuais, hoje são as próprias relações homossexuais que passam por um processo de normalização. De todo modo, todos são exortados, de uma maneira ou de outra, a distanciarem-se ainda mais de si próprios; a manterem uma atitude vigilante antes, durante e depois das relações sexuais, para que elas possam ser inócuas ou não-contagiantes. Talvez estejamos mesmo tocando um novo limiar na exigência de *autocontrole*, sem paralelo na história. O que, à luz das idéias de Elias, é sem dúvida interessante, pois, ao mesmo tempo, estamos também assistindo ao que parece ser a derrocada dos Estados nacionais e sua substituição vertiginosa por muito mais vastas e poderosas organizações estatais supranacionais. Ora, se a *sífilis* (o que foi feito através dela) parece ter sido fundamental para a construção do Estado-nação, talvez o mais importante significado sociológico da AIDS venha a ser um dia o de, operando sobre os mesmos processos sociológicos de base, ter contribuído para sua desaparição, pois, ao que parece, o combate à AIDS tem sido decisivo para a implantação de toda uma extensa rede de organizações não-governamentais diretamente vinculadas a organismos internacionais. Se a atuação de tais organizações vem, em certos aspectos, suprir as dificuldades enfrentadas atualmente pelos Estados nacionais em crise, não deixa, entretanto, de agravá-las, privando os governos de recursos e de poder. Enfim, qualquer outra especulação nessa direção seria mais que temerária e deve também, com tantos outros problemas empíricos e teóricos aqui apenas tangenciados, ser deixada para o futuro...

Bibliografia

Livros, Teses, Artigos, Memórias, Relatórios etc.

ABREU, A. S. *Da syphilis e dos meios prophylacticos*. Rio de Janeiro, Imprensa Imparcial de F. de P. Brito, 1845. (tese)

ALBUQUERQUE, J. de. "A impraticabilidade da oficialização do exame pré-nupcial obrigatório à luz da legislação de diversos países" (conferência realizada a 19 de julho de 1930 na Rádio Club do Brasil), *Jornal de Andrologia*, ano II, nº 2, abril, 1933a.

________. "O contágio venéreo à luz da penalogia", *Jornal de Andrologia*, ano II, nº 4, outubro, 1933b.

________. "A espermocultura prohibida pela Igreja Cathólica", *Jornal de Andrologia*, ano III, nº 3, julho, 1934.

________. "Educação sexual e harmonia conjugal", *Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº 1, janeiro, 1935a.

________. "A educação sexual e o combate ao curandeirismo", *Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº2, março, 1935b.

________. "Catecismo de educação sexual", *Boletim de Educação Sexual*, ano III, nº 11, dezembro, 1935c.

________. "Exame pré-nupcial (conferências realizadas na Rádio Club do Brasil, de 11 de junho a 14 de setembro de 1930), 1935d.

________. *Programa de ação legilastiva*. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commércio, 1937a.

________. "Paes! Defendei vossas filhas!", *Boletim de Educação Sexual*, ano V, nº 37, novembro, 1937b.

________. "O problema da hospitalização na luta anti-venérea", *Jornal de Andrologia*, ano VII, nº 3, julho, 1938.

________. "Sexo e carnaval", *Boletim de Educação Sexual*, ano VII, nº 47, janeiro-fevereiro, 1939.

________. "A educação sexual no lar e na escola", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1941.

________. *O perigo venéreo na paz, na guerra e no após-guerra; utilidade da educação e profilaxia antivenéreas nas classes armadas e suas vantagens para as populações civis*. Rio de Janeiro, Liv. Ed. Freitas Bastos, 1943.

ALMEIDA, J. R. P. "A libertinagem no Rio de Janeiro perante a história, os costumes e a moral", *Brazil-Médico*, ano VI, nº 3 a 47, 1902.

ALMEIDA, T. de. "Da origem não americana da syphilis", *Anais Bras. Dermat. Sifil.*, ano I, nº 7, agosto, 1925.

ANÔNIMO, "Da freqüência das moléstias syphiliticas no Rio de Janeiro e da necessidade de adoptarem-se medidas que attenuem seus estragos", *Gazeta Médica da Bahia*, ano V, nº 99 a 101, 1871.

________. "A propósito da syphilis e da mortalidade infantil no Rio de Janeiro", *Brazil-Médico*, ano VII, nº 14, abril, 1903a.

________. "A propósito da syphilis e da mortalidade infantil no Rio de Janeiro", *Brazil-Médico*, ano VII, nº 15, abril, 1903b.

________. "Regulamentação da prostituição como meio prohylático da syphilis (transcrição de um dos tópicos de uma correspondência dirigida de Paris ao Jornal do Commércio)", *Brazil-Médico*, ano VII, nº 1, 01/01/1903, 1903c.

________. "Traços biográficos de um grande dermatologista brasileiro", *Anais Bras. Dermat. e Sifil.* [comemorativo dos 25 anos da morte de Silva Araújo], ano I, nº 5, outubro, 1925.

________. "Dr. Werneck Machado - homenagem póstuma", *Anais Bras. Dermat. e Sifil.*, ano I, nº 5, outubro, 1929.

ARAÚJO, A. J. P. da S. "Regulamentação sanitária da prostituição (cartas dirigidas ao Exmo. Sr. Conselheiro Leão Velloso – Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império)", *União Médica*, 1883.

________. *Prophylaxia pública da syphilis (discursos extractos de discursos pronunciados na Academia Nacional de Medicina, em 1890.* Rio de Janeiro, Companhia Typográphica do Brazil, 1891.

ARAÚJO, A. R. de. *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*. Rio de Janeiro, MEC/CFC, 1982.

ARAÚJO, H. C. de S. (org.). *A prophylaxia rural no estado do Pará*. Belém, Typ. da Liv. Gillet, 1922.

________. *Resposta a uma "crítica de um systema de prophylaxia venérea" (Conferência realizada na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 12 de dezembro de 1922)*. Belém, Typ. do Inst. Lauro Sodré, 1923.

________. "Aspectos da prostituição e do combate às doenças venéreas", Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

ARAÚJO, O. da S. A prophylaxia da lepra e das doenças venéreas no Brasil e a actuação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Off. Graph. da Inspectoria de Demographia Sanitária, 1927.

________. *Alguns commentários sobre a syphilis no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Empreza Gráphica Editora Paulo Pongetti & Cia. 1928a.

________. *L'organization de la lutte antivénérienne au Brèsil (conférence faite le 9 juillet 1928 à la Faculté de Médecine de Paris)*. Paris, Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, Office National d'Hygiene Sociale, Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale Ed, 1928b.

________. "Coelho Neto e o exame pré-nupcial", *Anais Bras. Dermat. e Sifil.,* ano V, nº 12, 1929.

________. "A bibliographia de Silva Araújo", *Jornal de Syphilis, Doenças da Pelle e do Apparelho Genito-urinário*, ano I, nº 6, julho, 1930.

________. "As tendências modernas na luta contra as doenças venéreas", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano X, nº 111, março, 1938.

________. "Notificação numérica anônima, investigação de contágio, obrigatoriedade de tratamento, padronização dos métodos de tratamento", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

AZAMBUJA, A. C. N. d'. *Conselhos práticos sobre os meios de prevenir e curar immediatamente as moléstias venéreas, precedidos de noções geraes sobre a história, propagação, e modo de produção da syphilis em linguagem adaptada à intelligência de todas as classes da sociedade.* Paris, Typ. Fain e Thunot, 1847.

BARRETO, J. B. *O Departamento Nacional de Saúde em 1944*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1945.

BECHELLI, L. M. "Bouba". In: Veronesi, R., *Doenças infecciosas e parasitárias*, (6ª ed.), Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.

BENCHIMOL, J. L. (coord). *Manguinhos do sonho à vida*. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990.

BENEVOLO, O. *Syphilis e casamento*. Belo Horizonte, Imp. Official, 1925. (tese)

BOCCANERA NETO. *Exame pré-nupcial e certificado médico*. Rio de Janeiro, Gráfica Mundo Médico, 1929.

BOURDIEU. P. *La distinction – critique sociale du jugement*. Paris, Ed. de Minuit, 1979.

BRANCO, M. L. "As doenças venéreas e a educação sexual", *Jornal de Syphilis, Doenças da Pelle e do Apparelho Genito-urinário*, ano I, nº 4, abril, 1930.

BRANDT, A. M. *No magic bullet – a social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York Oxford, Oxford University Press, 1985.

BROWN, P. *Corpo e sociedade – o homem, a mulher e a renúncia sexual no início do cristianismo*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990.

C. de R. "A syphilis – contribuição para a sua prophylaxia", *Brazil-Médico*, ano XX , nº 43, novembro, 1906.

CALDAS, C. "Ligeiras considerações acerca das principaes theorias syphilográphicas", *Gazeta Médica da Bahia*, ano I, nº 5, 8, 14 e 18, 1866.

CARONE, E. *A Segunda República (1930-1937)*. São Paulo, Difel, 1974.

CARRARA, S. *Crime & Loucura – o surgimento do manicômio judiciário na passagem do século*, diss. mest., PPGAS/Museu Nacional/UFRJ, 1988.

________. "O crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil", *Revista Dados*, vol. 34, nº 2, 1991.

________. "Os infortúnios da luxúria: liberdade e determinismo em uma obra de ficção higienista da primeira metade do século", *Antropologia Social – Comunicações do PPGAS*; nº 1, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Museu Nacional/UFRJ, abril, 1992.

________. "AIDS e doenças venéreas no Brasil". In: Loyola, M. A. (org.), *AIDS e Sexualidade: O Ponto De Vista Das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro, Relume Dumará/Uerj, 1994.

CARRILHO, H. P. "Neuro-sífilis e delinqüência", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

CASTRO-SANTOS, L. A. *Power, ideology, and public health in Brazil, 1889-1930*, Departamento de Sociologia – Universidade de Harvard, 1987.

CAVAILLON. *Les législations antivénériennes dans le monde – recueil des arrangements internationaux des lois et des réclementations nationales dans 66 pays et colonies*. Paris, Union Internationale Contre le Pèril Vénérien, 1931.

CAVALCANTI, A. "A syphilis no problema do casamento". *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 1, janeiro, 1930.

CERRUTI, H. "Estatística de 29 anos e meio das soro-reações de Wassermann praticadas no laboratório central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941a.

_______. "Padronização do tratamento profilático", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941b.

CLARK, O. "Syphilis no Brasil e suas manifestações visceraes", *2º Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia etc.* Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

CLEMENTINO, F. "A lucta contra a lepra e as doenças venéreas em Pernambuco", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 2, março, 1925.

CONI, E. R. "Estado actual de la lucha antivenérea en América", *2º Congreso Sudamericano de Dermatologia y Sifilografia – Publicación Oficial del Comité Organizador*. Montevidéu, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1922.

CORBIN, A. "Le péril vénérien au debut du siècle: prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale", *Recherches*, nº 29, decembre, 1977.

_______. "L'hérédosyphilis ou l'impossible rédemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide", *Romantisme – Revue du Dix-neuvième Siècle*, nº 31, 1981.

_______. *Les filles de noces*. Paris, Flammarion, 1982.

_______. "La grande peur de la syphilis". In: Bardet; Bourdelais; Guillaume; Lebrun; Quétel (orgs.), *Peurs et terreurs face a la contagion – choléra, tuberculose et syphilis – XIXe. et XXe. siècles*. Paris, Fayard, 1988.

CORREA, C. "Sífilis fetal", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

CORREA, M. *As ilusões da liberdade: a escola Nina Rodrigues & a Antropologia no Brasil*, tese dout., Dep. Ciências Sociais da Fac. de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1982.

COSTA, H. M. "Aspectos e particularidades da sífilis no Brasil – parte especial", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XIII, nº 34, 1938.

_______. "Obrigatoriedade do tratamento", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

COSTA, J. C. de M. "Estudo jurídico sobre a prostituição e sobre os meios legaes de combate às doenças venéreas". In: Araújo, H. C. de S. (org.), *A prophylaxia rural no estado do Pará*. Belém, Typ. da Liv. Gillet, 1922.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

_______. *História da psiquiatria no Brasil* (3ª ed. revisada). Rio de Janeiro, Campus, 1981.

COSTA JR., A. F. da. "Cancros sifilíticos extra-genitais por contaminação conjugal", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano VIII, nº 456, 1933.

COUTINHO, F. E. *O dia anti-venéreo, propaganda pelo rádio*. Rio de Janeiro, Off. Graph. da Seção de Bioestatística do Dep. Nac. de Saúde, 1935.

COUTINHO, O. *Tem a sociedade o direito de oppor-se ao casamento de um indivíduo portador de uma moléstia transmissível à eposa e à prole?* Recife, Imp. Industrial, 1909.

CUNHA, H. O. "A sífilis e o casamento", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

DANTAS, J. P. *Syphilis e casamento*. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commércio de Rodrigues & Cia., 1905.

DINIZ, L. 1898, "A propósito da bouba – comunicação ao redator do Brazil-Médico provocada pela censura recebida pelo aluno Olympio Teixeira quando de sua def. de tese", *Brazil-Médico*, ano II, nº 10-13, 1898.

DÓRIA, J. R. da C. *Questão de programma – regulamentação da prostituição – memória apresentada ao 1º Congresso Médico Paulista*. Bahia, Officinas do Diário da Bahia, 1916.

DUARTE, L. F. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar/CNPq, 1986.

DUARTE, L. F. & GIUMBELLI, E. A. As concepções cristã e moderna de pessoa: paradoxos de uma continuidade. *Anuário Antropológico/93.* Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1995.

DURKHEIM, E. "Deux lois de l'évolution pénale". In: *Journal Sociologique*. Paris, P.U.F., 1969.

ELIAS, N. *O processo civilizador – uma história dos costumes*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1990.

________. *La dynamique de l'Occident*. Paris, Calmann-Lévy, 1975.

ENGEL, M. *Meretrizes e doutores: o saber médico e a prostituição na cidade do Rio de Janeiro*, diss. mest., Dep. História UFF, 1985.

ESAGUY, A. d'. "As doenças venéreas", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano IX, nº 106, 1938.

FARO, E. T. "Profilaxia das doenças venéreas na marinha de guerra portuguesa", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano V, nº 54, junho, 1934.

FAUCONNET, P. *La responsabilité – étude de sociologie*. Paris, Lib. Félix Alcan, 1920.

FERNANDES, R. "Delicto de Contágio Venéreo", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 7, julho, 1930.

________. "Jornal de Syphilis", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário.*, ano II, nº 4, abril, 1931a.

________. "Syphilis, doença social", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano II, nº 10, outubro, 1931b.

________. "Syphilis e alcoolismo", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano II, nº 11, novembro, 1931c.

________. "A prophylaxia da syphilis e suas contradições", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano III, nº 28, abril, 1932.

FERRAZ, C. *Da regulamentação da prostituição*. Rio de Janeiro, Typ. Universal de Laemmert & Cia., 1890.

FERRÃO, P. "Sífilis tardia transmissível e exame pré-nupcial", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

FERREIRA, A. R. V. "A educação sexual como medida de protecção à infância", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano III, nº 28, abril, 1932.

FERREIRA, F. S. da C. "Filaríases". In: Veronesi, R., *Doenças infecciosas e parasitárias*, (6ª ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.

FLANDRIN, J-L. "A vida sexual dos casados na sociedade antiga". In: Aries, PH. & Bejin, A. (orgs.). *Sexualidades Ocidentais*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

FLECK, L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico – introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid, Alianza Editorial, 1986[1935].

FONTENELLE, O. P. *Problemas policiaes*. Rio de Janeiro, Imp. do Jornal do Commércio, 1927.

________. *Flagellos da raça*. Rio de Janeiro, Papelaria Mello, 1931.

________. "A sífilis e os contaminadores", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano X, nº 115, julho, 1939.

FOREL, A. *A questão sexual*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1957[1905].

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.

________. *História da sexualidade I – a vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

________. *História da sexualidade II – o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

________. *História da sexualidade III – o cuidado de si*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

FOUCAULT, M. & SENNETT. "Sexuality and solitude", *London Review of Books*, nº 21, maio-junho, 1981.

FOURNIER, A. *Syphilis et Marriage – leçons professées a l'hôpital Saint-Louis*. Paris, G. Masson, 1880.

________. *Para os nossos filhos quando saiam da adolescência, alguns conselhos do prof. Fournier*. Rio de Janeiro, Ao Luzeiro, 1910.

FREYRE, G. *Casa grande & senzala – formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal*. Rio de Janeiro, Liv. José Olympio, 1952[1933].

FRY, P. H. "Direito positivo *versus* direito clássico: a psicologização do crime no Brasil no pensamento de Heitor Carrilho". In: Figueira, S. A. (org.), *Cultura da psicanálise*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

FRY, P. H. & CARRARA, S. "As vicissitudes do liberalismo no código penal brasileiro", *Rev. Bras. Ciências Sociais,* nº 2, vol. 1, out. São Paulo, Cortez/Anpocs, 1986.

GAY, P. *A educação dos sentidos – a experiência burguesa da rainha Vitória a Freud*. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.

GENIL-PERRIN, G. *Histoire des origines et de l'évolutions de l'idée de dégénérescence en médecine mentale*. Paris, Alfred Leclerc, 1913.

GERMECK, O. " A Liga de Combate à Sífilis", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

GILMAN, S. & CHAMBERLIN, J. E. (ed.). *Degeneration: the dark side of progress*. New York, Columbia University Press, 1985.

GOMES, H. "Delito de contaminação", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941a.

________. "O problema da prostituição sob o ponto de vista sanitário e jurídico", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941b.

GOMES JR., F. S. *Prophylaxia da syphilis em São Paulo (resultados em 18 meses de trabalho em 5 dispensários*. São Paulo, Typ. Brazil, 1920.

GONZAGA, A. G. "Manifestações luéticas em 10.648 exames de seleção para o funcionalismo público", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

GOYANNA, R. "A urologia no Brasil nos últimos cem anos". In: Queiroz, J. S. de (org.) *Memória da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro num século de vida*. Rio de Janeiro, Rioarte/MEC, 1986.

GUIMARÃES, J. P. P. "Educação e propaganda antivenéreas", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

GURJÃO, H. "A prostituição em Belém: suas causas, localização, fiscalização e assistência médico-sanitária". In: Araújo, H. C. de S. (org.), 1922, *A prophylaxia rural no estado do Pará*. Belém, Typ. da Liv. Gillet, 1922.

HUNGRIA, N. "O crime de contágio venéreo", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

HUYSMANS, J. K. *Às avessas*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987[1884].

JACARANDÁ, C. *O aspecto moral da educação sexual collectiva*. Rio de Janeiro, Grapf. Sauer, 1931.

KEHL, R. *O perigo venéreo – conferência realizada no dia 25 de julho de 1921, no salão da Associação dos Empregados do Commércio*. Rio de Janeiro, Dep. Nac. de Saúde Publ. e Inspectoria de Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venéreas Ed., 1921.

________. *Certificado médico pré-nupcial – regulamentação eugênica do casamento*. Rio de Janeiro, Sodré & Cia., 1930.

LAPA, A. "A sífilis na Dinamarca – sua extinção", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano V, nº 58, outubro, 1933.

LEITE, D. M. *O caráter nacional brasileiro – história de uma ideologia*, (4ª ed.). São Paulo, Liv. Pioneira, 1983.

LEITES, E. *A consciência puritana e a sexualidade moderna*. São Paulo, Brasiliense, 1987.

LIMA, A. A. "Literatura e ética", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

LIMA, A. J. de S. "Medicina pública – prostituição", *Revista de Jurisprudência*, ano III, nº 15 a 18, janeiro a abril, 1899.

________. "Observações sobre o Código Civil", *Gazeta Clínica*, ano XIV, nº 8, agosto, São Paulo, 1916.

LIMA, J. T. de. *Breves considerações acerca da origem da syphilis*. Rio de Janeiro, Typ. Brasiliense de F. M. Ferreira, 1849.

LONDRES, G. "Incidência da sífilis no meio civil através de dados da clínica hospitalar privada", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

LÖWY, I. "Testing for a sexually transmissible disease, 1907-1970: the history of the Wassermann reaction". In: Berridge, V. & Strong, P. (eds.), *AIDS, and contemporary History*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

M. P. "Contra a syphilis", *Brazil-Médico*, ano VII, nº 45, dezembro, 1903.

MACEDO, J. V. de. "O problema da prostituição sob o ponto de vista sanitário e jurídico", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941a.

________. "Centros de tratamento gratuito", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941b.

MACEDO, J. V. de & MARQUES, R. de A. "Incidência da sífilis no baixo meretrício de São Paulo", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

MACHADO, A. W. "Dermatologia, syphiligrafia e venereologia – bibliografia e breve histórico". In: Silva, A. do N. (org.), *Em comemoração ao centenário do ensino médico*. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commércio, 1908.

_______. *Prophylaxia da syphilis e das doenças venéreas – discursos pronunciados na Academia Nacional de Medicina, em julho e agosto de 1913*. Rio de Janeiro, Typ. Besnard & Frères, 1913.

_______. *A prophylaxia da syphilis entre nós – contribuição histórica*. Rio de Janeiro, Typ. Besnard & Frères, 1915.

_______. "Contribuição para o estudo da syphillis no Rio de Janeiro", *2º Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia etc.* Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

_______. "Prof. Silva Araújo", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 6, junho, 1930[1900].

MACHADO, J. de A. *Projeto de código criminal brasileiro (organizado por incumbência do prof. dr. Francisco Campos – Ministro da Justiça)*. São Paulo, Emp. Graf. da Revista dos Tribunais, 1938.

MACHADO FILHO, "Educação sexual", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

MACNEILL, W. H. *Plagues and peoples*. New York, Doubleday, 1976.

MADEIRA, J. de A. "Orientação da propaganda antivenérea", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

MALHEIRO, H. M. "Organização do Centro de Higiene Social da Escola Paulista de Medicina e resumo de seu movimento até agosto de 1940", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

MARQUES, A. "A personalidade de Eduardo Rabelo e o sentido humanista das academias (conf. realizada quando da recepção do autor como membro da Academia Nacional de Medicina na vaga de Eduardo Rabelo)", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XVI, nº 3, setembro, 1941.

MAUGUE, A. *L'identité masculine en crise aou tournant du siècle*. Paris, Rivages, 1987.

MEIRELLES, E. "Da syphilis hereditária e da raça", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 11, novembro, 1930.

_______. "Do papel da syphilis hereditária na Eugenia", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano II, nº 14, fevereiro, 1931.

MELLO, P. de. "Prof. Silva Araújo", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 6, junho, 1930[1900].

MENDES, J. P. "Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis e seu combate", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

MENEZES, L. M. *Os estrangeiros e o comércio do prazer nas ruas do Rio de Janeiro (1890-1930)*. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional/Ministério da Justiça, 1992.

MIRANDA, B. de. *O alcoolismo e a syphilis (conferência realizada por occasião da inauguração do "Dispensário Dr. Cláudio de Souza")*. São Paulo, Typ. do Diário Official, 1906.

MIRANDA, V. " A educação sexual e os males venéreos", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano VII, nº 78, junho, 1936.

MOL, A. G. *Profilaxia e política educativa; fábrica de loucos*. Rio de Janeiro, Typ. da Casa Vallelle, 1939.

MONCORVO FILHO, "A propósito da syphilis e da mortalidade infantil no Rio de Janeiro (correspondência)", *Brazil-Médico*, ano VII, nº 17, maio, 1903.

________. "Breves considerações sobre a lues e as psychopathias infantis em suas relações com a delinqüência", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano II, nº 13, janeiro, 1931.

MORAES, E. de. *Ensaios de patologia social – vagabundagem, alcoolismo, prostituição, lenocínio*. Rio de Janeiro, Liv. Ed. de Leite Ribeiro & Maurillo, 1921.

MOREIRA, J. "A syphilis como factor de degeneração", *Gazeta Médica da Bahia*, ano XXXI, nº 1, julho, 1899.

MOTA, J. "Um precursor da dermato-syphilographia", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 6, junho, 1930.

________. "Centros de Tratamento", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941a.

________. "O problema da prostituição sob o ponto de vista sanitário e jurídico", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941b.

MOTTA, T. "Discurso – proferido durante a visita dos conferencistas ao hospital e ambulatório central da Fundação Gaffrée-Guinle", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

NEGROMONTE, A. *A educação sexual – para pais e educadores*. Rio de Janeiro, Liv. José Olympio, 1958.

NOGUEIRA, H. "Educação sexual", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

NY, R. A. *Crime, madness & politics in modern France*. Princeton, N. J., Princeton University Press, 1984.

PAGELS, E. *Adam, Eve et le serpent*. Paris, Flammarion, 1989.

PARKER, R. G. *Corpos, prazeres e paixões – a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro, Best Seller, 1991.

PEDROSA, J. "Problema médico-social da sífilis", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

PEDROSA FILHO, J. & LOPES, S. "Da eficiência do serviço de sífilis e doenças venéreas nos centros e postos de saúde", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

PEDROSO, O. F. *Impresso da Cruzada Brasileira contra a Avaria e contra as Moléstias de Origem Obscura*. São Paulo, Casa Duprat, 1921a.

________. *O tratamento automático e rápido sem medicamento e sem electricidade (com parecer do eminente scientista dr. Luiz Pereira Barreto sobre o processo e apparelhos de invenção do dr. Octávio Félix Pedroso)*. São Paulo, Casa Duprat, 1921b.

PEIXOTO, A. "Prophylaxia pública da syphilis e enfermidades venéreas", *Brazil-Médico*, ano VIII, nº 27, julho, 1904.

________. *Elementos de Hijiene*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1913.

PEIXOTO, P. G. "Controle do Estado sobre os medicamentos específicos – a pletora bismútica", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

________. "Voltando a carga", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XX, nº 2, julho, 1946.

PEQUIGNOT, H. "L'eclipse des maladies vénériennes en France (1944-1970)". In: Bardet; Bourdelais; Guillaume; Lebrun; Quétel (orgs.), *Peurs et terreurs face a la contagion - choléra, tuberculose et syphilis – XIXe. et XXe. siècles*. Paris, Fayard, 1988.

PEREIRA, A. C. "Problema venéreo – a solução do problema venéreo em nosso meio", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano XXI, nº 4, dezembro, 1946.

PEREIRA, H. "Influência da sífilis no meio do funcionalismo público civil", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

PERIASSU, A. "Exame pré-nupcial como recurso eugênico e profilático", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

PICK, D. *Faces of degeneration – a european disorder, c. 1848 – c. 1918*. Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

PORTO, A. A. da S. *Prophylaxia da syphilis e das moléstias venéreas*. Rio de Janeiro, Typ. Besnard & Frères, 1913.

PORTO-CARRERO, J. *Conseqüências jurídicas da syphilis perante a medicina-legal, perante a hygiene pública*. Rio de Janeiro, Typ. do Jornal do Commércio, 1918.

________. "Da syphilis e de sua prophylaxia na marinha nacional", *2º Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia etc.* Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

PRADO, A. de A. *As doenças através dos séculos*. São Paulo, E. Anhambi, 1961.

PRADO, P. *Retrato do Brasil – ensaio sobre a tristeza brasileira*. Rio de Janeiro, F. Briguiet & Cia., 1931.

QUÉTEL, C. *Le mal de Naples – histoire de la syphilis*. Paris, Seghers, 1986.

________. "Présentation". In: Bardet; Bourdelais; Guillaume; Lebrun; Quétel (orgs.), *Peurs et terreurs face a la contaguion – choléra, tuberculose et syphilis – XIXe. et XXe. siècles*. Paris, Fayard, 1988.

RABELO, E. "Considerações sobre a prophylaxia da lepra, das doenças venéreas e do câncer, a propósito do novo regulamento sanitário", *Correio da Manhã*, 14 e 15 de agosto, 1920.

________. "Orientação actual da lucta contra a syphilis", *2º Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia etc.* Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

________. "Como evitar as doenças venéreas (conferência)", *Folha Médica*, ano III, nº 17 e 18, setembro, 1922.

________. "Existia a syphilis na época do descobrimento?", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 1, janeiro, 1925.

________. "Prof. Juliano Moreira – oração pronunciada em sessão especial da Academia Nacional de Medicina em homenagem à memória de Juliano Moreira", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano VIII, nº 123, 1933.

RABELO FILHO, E. A. "Centenário do nascimento do prof. dr. João Pizarro Gabizo – homenagem da Sociedade Brasileira de Dermatologia", Rio de Janeiro, 1947.

RAGO, L. M. *Os prazeres da noite – prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)*, tese dout., Dep. História/ Unicamp, 1990.

RAMOS, M. G. "Profilaxia da sífilis congênita", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

Relatórios do Ministro da Justiça e Negócios Interiores – Departamento Nacional de Saúde Pública, junho, 1923.

RIBEIRO, L. *Questões médico-legais*. Rio de Janeiro, Schmidt, 1931.

________. "Exame pré-nupcial e doenças venéreas", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Def. contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

RICOEUR, P. *Le conflit des interprétations: essais d'herméneutique*. Paris, Seuil, 1969.

ROCHA, J. C. *Syphilis e casamento*. Bahia, Typ. Nortista, 1906. (tese)

ROESCHMANN, H. "A lucta contra as doenças venéreas na Allemanha em comparação com as medidas adoptadas em outros países", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano V, nº 12, 1929.

SÁ, H. de. "Prophylaxia da syphilis (comunicação apresentada ao 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia – 04071900)", *Brazil-Médico*, ano IV, nº 28, 22/07/1900, 1900.

SANTOS FILHO, L. *Pequena história da medicina brasileira*. São Paulo, Desa/Edusp, 1966.

________. *História geral da medicina brasileira (2º vol.)*. São Paulo, Hucitec/Edusp, 1991.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças*. São Paulo, Companhia das Letras, 1993.

SCHWARTZMAN, S. *Formação da comunidade científica no Brasil*. São Paulo /Rio de Janeiro, Finep/Companhia Editora Nacional, 1979.

SEABRA, A. C. *Estudo médico-legal do casamento – motivos de impedimento e de nullidade de casamento e de divórcio*. Rio de Janeiro, Typ. Besnard, 1902. (tese)

SEIDL, C. "Prophylaxia da syphilis", *Jornal do Commércio*, 9 de março, 1914.

SERRANO, J. "O cinema e a ética", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

SERRÃO, E. P. "Contribuição ao estudo da incidência da sífilis no meio escolar do Rio de Janeiro", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

SILVA, A. L. da. *A luta contra as moléstias venéreas no exército brasileiro*. Rio de Janeiro, Emp. Graph. Ed. Paulo, Pongetti & Cia., 1929.

SILVA, A. L. e. *Perigo social de syphilis*. Bahia, Typ. do Salvador, 1906. (tese)

SILVA, J. T. M. da. "Obrigatoriedade do tratamento", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

SOARES, J. A. "Centros de tratamento – organização do serviço antivenéreo no estado do Espírito Santo", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

SODRÉ, A. A. de A. "Freqüência do tabes dorsalis no Brasil", *Brazil-Médico*, ano VIII, abril, 1904.

SOUZA, C. de. *O alcoolismo e a syphilis (conferência realizada por occasião da inauguração do "Dispensário Dr. Cláudio de Souza")*. São Paulo, Typ. do Diário Official, 1906a.

________. *A lucta contra o alcoolismo, a syphilis e as moléstias venéreas em São Paulo – publicação da Liga Paulista de Prophylaxia Moral e Sanitária*. São Paulo, Typ. do Diário Official, 1906b.

________. *Da responsabilidade civil e criminal do syphilítico – publicação da Liga Paulista de Prophylaxia Moral e Sanitária*. São Paulo, Typ. Hennies Irmãos, 1909a.

________. *Relatório apresentado a IV Assembléia Geral de Sócios (31/01/1909) da Liga Paulista de Prophylaxia Moral e Sanitária*. São Paulo, Typ. Irmãos Del Frate, 1909b.

SOUZA, L. de M. e. *O diabo e a Terra de Santa Cruz*. São Paulo, Companhia das Letras, 1993.

STEPAN, N. *Gênese e evolução da ciência brasileira*. Rio de Janeiro, Artenova/Fiocruz, 1976.

________. "Eugenics in Brazil, 1917-1940". In: Adams, M.B. (ed.), *The wellborn science – eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. New York, Oxford University Press, 1990.

STOCKING JR., G. W. *Victorian Anthropology*. New York, The Free Press, 1987.

TANNER, H. "Do exame pré-nupcial", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

TEIXEIRA, L. A. *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903-1916*, diss. mest., IMS/Uerj, 1994.

TERRA, F. "Dermatologia no Brasil – discurso", *2º Boletim do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia etc.* Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

TORRES, L. F. "Crítica a um systema de prophylaxia venérea", *Folha Médica*, ano III, nº 23, dezembro, 1922.

________. "Lucta anti-venérea e meretrício – limite de acção dos dispensários", *Anais Bras. de Dermat. e Sifilog.*, ano I, nº 4, agosto, 1925.

TORRES, T. "Prof. Silva Araújo", *Jornal de Syphilis, Doenças de Pelle e do Apparelho Genito-Urinário*, ano I, nº 6, junho, 1930[1900].

VIANNA, P. "Prophylaxia das doenças venéreas – a blenorragia flagello social", *Jornal de Syphilis e Urologia*, ano VI, nº 68, agosto, 1935.

VILLAS-BOAS, J. de A.; GONÇALVES, B. e SILVEIRA FILHO, F. A. de S. "Incidência da sífilis no Exército", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

VIREY, J. J. *Dissertação acerca da incontinência e seus perigos em relação às faculdades intellectuais e physicas*. Rio de Janeiro, Typ. Nacional, 1836.

WALKOWITZ, J. R. *Prostitution and victorian society – women, class, and the state*. New York, Cambridge University Press, 1983.

WEBER. M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo, Liv. Pioneira, 1967.

XAVIER, R. J. *Quaes os meios prophyláticos que se devem pór em prática para impedir a propagação crescenete a syphilis no Rio de Janeiro?* Rio de Janeiro, Typ. Litterária, 1880. (tese)

ZAMITH, V. de A. "Leishmaniose tegumentar americana". In: Veronesi, R., *Doenças infecciosas e parasitárias*, (6ª ed.). Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.

ZEO, A. "A propaganda e educação antivenérea no meio familiar e escolar – medidas indispensáveis na campanha de profilaxia da sífilis", *Anais da 1ª Conf. Nac. de Defesa contra a Sífilis*. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

Periódicos

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia – Coleção da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Boletim de Educação Sexual – Coleção da Biblioteca Nacional.

Brazil-Médico – Coleção da Biblioteca da Academia Nacional de Medicina.

Gazeta Médica da Bahia – Coleção da Biblioteca do Instituto de Medicina Social.

Jornal de Andrologia – Coleção da Biblioteca Nacional.

Jornal de Syphilis e Urologia. Coleção da Biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz.

Leis, Decretos, Regulementos etc.

Código Civil – Lei nº 3.071 de 1º de janeiro de 1916 (19ª ed.). Rio de Janeiro, Aurora, 1972.

Código Penal (1940) (21ª ed.). São Paulo, Saraiva, 1970.

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1934.

Decreto nº 181 de 24 de Janeiro de 1890 (lei do casamento civil). In: *Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil*.

Decreto nº 14.354 de 15 de setembro de 1920 (Aprova o regulamento para o Departamento de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto nº 14.189, de 26 de maio de 1920). *Diário Official*, Rio de Janeiro, ano LIX, nº 215 de 16 de setembro de 1920.

Anais, Atas, Boletins etc.

Anais da 1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis (2 vols.). Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1941.

Atas do 2º Congreso Sudamericano de Dermatologia y Sifilografia, Montevideo del 9 al 16 de octubre de 1921. Montevideo, Imprenta El Siglo Ilustrado, 1922.

Atas do Congrès International de Dermatologie et de Syphilographie tenu a Paris en 1889. Paris, G. Masson, 1890.

Atas do I Internationaler Dermatologischer Congress abgehalten in Wien un Jahre 1892. Viena, Wilhelm Braumüller, 1893.

Atas do IVe. Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie tenu a Paris en Aoñt 1900. Paris, Masson, 1901.

Atas do VIIIe. Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie tenu a Copenhague. Copenhague, Engelsen & Schróder, 1931.

Boletim (2º) do 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Syphiligrafia, do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, da 2ª Conferência da Sociedade Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Pathologia, e do Congresso do Tracomama, realizados de 13 a 20 de outubro de 1918. Rio de Janeiro, Imp. Nacional, 1921.

Índice Onomástico

Anexo

Cronologia Sumária Comparada

Sífilis e Doenças Venéreas

1837 Phillipe Ricord diferencia sífilis de gonorréia. Estabelece os três estágios da sífilis. Derrota unicismo.

1852 O francês Léon Basserau é o primeiro a afirmar a individualidade do cancro mole.

1860 O inglês Hutchinson detecta as distrofias principais da heredosífilis: implantação irregular dos dentes, tíbia em lâmina de sabre etc.

1864 Inglaterra adota medidas de controle médico de prostitutas e militares (Contagion Diseases Prevenction Acts).

1872 Médico americano Emil Noeggerath demonstra efeitos desastrosos da gonorréia na mulher (aborto, esterilidade etc.).

1875 Surge a Federação Abolicionista Internacional (Inglaterra).

1876 Sífilis cardiovascular documentada na literatura médica.

1877 Realiza-se o 1º Congresso da Federação Abolicionista Internacional (Genebra).

1879 Albert Neisser identifica *gonococcus* como causador da gonorréia.
Fournier afirma a etiologia sifilítica da paralisia geral progressiva.
Surge a 1ª Cátedra de Sifilografia da França no Hospital St. Louis, Fournier a ocupa.

1882 **Surgem as 1as Cátedras de Sifilografia no Brasil (Rio, Salvador).**

1883 Inglaterra revoga regulamentação da prostituição.

1884 Fournier demonstra origem sifilítica da paralisia geral progressiva.
Credé (Alemanha) estabelece a gonorréia como causa da cegueira dos récem-natos.

1886 Academia Francesa de Medicina apóia a proposta neo-regulamentarista de Fournier.

1889 Realiza-se o 1º Congresso Internacional de Dermato-Sifilografia (Paris).
Ducrey identifica o agente causal do cancro mole.

1890 **Na Academia Nacional de Medicina no Rio, realiza-se a primeira grande discussão sobre profilaxia da sífilis.**

1892 Realiza-se o 2º Congresso Internacional de Dermato-Sifilografia (Viena).

1899 Realiza-se a 1ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas (Bruxelas).
Nela, é criada a Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral.

1900 Realiza-se o 4º Congresso Internacional de Dermato-Sifilografia (Paris).

1901 **Surge a Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral (Rio).**
Surge a Sociedade Francesa de Profilaxia Sanitária e Moral.

1902 Realiza-se a 2ª Conferência Internacional de Profilaxia da Sífilis e Doenças Venéreas (Bruxelas).
Na Academia Nacional de Medicina, ocorre a segunda discussão sobre a profilaxia da sífilis.

1903 Roux e Metchnikoff conseguem inocular a sífilis em macacos.

1905 Surge a American Society for Sanitary Moral Prophylaxis.
Schaudinn isola *treponema palidum*.
Castellani isola *treponema pertenue*.

1906 Wassermann desenvolve seu teste.
Surge a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária (São Paulo).

1907 Roux e Metchnikoff desenvolvem a 1ª pomada mercurial profilática.
Surge a Liga Latino-Americana Contra a Avaria.

1909 Ehrlich e Hirata descobrem Salvarsan "606".

1910 Surge a American Federation for Sex Hygiene (coligando diferentes sociedades americanas de profilaxia sanitária e moral).

1912 **Surge a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.**

1913 Surge a American Social Hygiene Association, aliando a American Federation for Sex Hygiene e diferentes ligas de combate à prostituição.
Noguchi e Moore constatam presença do treponema no cérebro dos paralíticos gerais.
Diversos estados americanos adotam exame pré-nupcial obrigatório.
Na Academia Nacional de Medicina, a terceira discussão sobre a profilaxia da sífilis e doenças venéreas.

1915 Primeira Guerra, E.U.A. experimentam profilaxia individual em suas tropas.

1918 **Realiza-se o 1º Congresso Sul-Americano de Dermato-Sifilografia (Rio).**

1919 **Funda-se em São Paulo a Liga de Combate à Sífilis.**

1920 Surge a União Internacional Contra o Perigo Venéreo (Bélgica).
Realiza-se Conferência Panamericana sobre Doenças Venéreas (Washington).

1921 **Realiza-se o 2º Congresso Sul Americano de Dermato-Sifilografia (Montevidéu).**
Surge a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (DNSP-Brasil).
Sezerac e Lavaditi desenvolvem bismutoterapia.

1922 Sociedade das Nações promove reunião para discutir padronização sorodiagnóstico (Paris).

1923 Surge a Liga Nacional Francesa contra o Perigo Venéreo.
Realiza-se o 3º Congresso Sul-Americano de Dermato-Sifilografia (Buenos Aires).
Funda-se no Rio a Fundação Gaffrée-Guinle.

1928 Realiza-se Conferência de Nancy sobre heredosífilis.
Inglês Alexandre Fleming descobre o poder bactericida do *penicillium notatum*.

1930 Realiza-se o 8º Congresso Internacional de Dermato-Sifilografia.

1932 Surge o Instituto Alfred Fournier (Paris).

1933 **Funda-se no Rio o Círculo Brasileiro de Educação Sexual.**

1934 **A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas é extinta no Brasil.**

1935 Liga das Nações estabelece critérios para a padronização do tratamento antivenéreo.

1937 O desenvolvimento dos derivados da sulfa se mostram eficazes no tratamento da gonorréia.

1938 Leon Blanco isola *treponema carateum*.
Equipe de Oxford desenvolve penicilina.

1940 **Realiza-se a 1ª Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis (Rio).**
Código Penal Brasileiro incorpora o delito de contágio venéreo.
França adota o exame pré-nupcial obrigatório.

1943 John Mahoney do US Public Service demonstra eficácia da penicilina no tratamento da sífilis.

1946 França abole a regulamentação da prostituição.